



**HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN PERAWAT
TENTANG REKAM MEDIS DENGAN KELENGKAPAN
PENGISIAN CATATAN KEPERAWATAN**

**Di bangsal penyakit dalam RSUP Dr. Kariadi Semarang periode
1-31 Januari 2012**

**LAPORAN HASIL
KARYA TULIS ILMIAH**

**Disusun untuk memenuhi sebagian persyaratan
guna mencapai derajat sarjana strata-1 kedokteran umum**

**RYCO GIFTYAN ARDIKA
G2A 008 170**

**PROGRAM PENDIDIKAN SARJANA KEDOKTERAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS DIPONEGORO**

2012

LEMBAR PENGESAHAN LAPORAN HASIL KTI

**HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN PERAWAT
TENTANG REKAM MEDIS DENGAN KELENGKAPAN
PENGISIAN CATATAN KEPERAWATAN**

**Di bangsal penyakit dalam RSUP Dr. Kariadi Semarang periode
1-31 januari 2012**

Disusun oleh

**RYCO GIFTYAN ARDIKA
G2A 008 170**

Telah disetujui

Semarang, 30 Juli 2012

Penguji :

Pembimbing :

dr. Santosa, Sp.F
194910271979011001

dr. Sigid Kirana Lintang Bhima, Sp.F
198006302008121002

Ketua Penguji

dr. Puspita Kusuma Dewi, M.Si.Med
198602062009122002

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan ini,

Nama : Ryco Giftyan Ardika

NIM : G2A008170

Program studi : Program Pendidikan Sarjana Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang.

Judul KTI : Hubungan Antara Pengetahuan Perawat Tentang Rekam Medis Dengan Kelengkapan Pengisian Catatan Keperawatan di Bangsal Penyakit Dalam RSUP Dr. Kariadi Semarang Periode 1-31 Januari 2012.

Dengan ini menyatakan bahwa :

- 1) Karya Tulis Ilmiah ini ditulis sendiri tulisan asli saya sendiri tanpa bantuan orang lain selain pembimbing dan narasumber yang diketahui oleh pembimbing
- 2) Karya Tulis Ilmiah ini sebagian atau seluruhnya belum pernah dipublikasi dalam bentuk artikel ataupun tugas ilmiah lain di Universitas Diponegoro maupun perguruan tinggi lain
- 3) Dalam Karya Tulis Ilmiah ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis orang lain kecuali secara tertulis dicantumkan sebagai rujukan dalam naskah dan tercantum dalam daftar pustaka.

Semarang, 22 Juli 2012

Yang membuat pernyataan,

Ryco Giftyan Ardika

G2A008170

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya kami dapat menyelesaikan tugas Karya Tulis Ilmiah ini. Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar sarjana kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro. Kami menyadari sangatlah sulit bagi kami untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini Tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak sejak penyusunan proposal sampai dengan terselesaikannya laporan hasil Karya Tulis Ilmiah ini. Bersama ini kami menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya serta penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

1. Rektor Universitas Diponegoro Semarang yang telah memberi kesempatan kepada kami untuk menimba ilmu di Universitas Diponegoro.
2. Dekan Fakultas Kedokteran UNDIP yang telah memberikan sarana dan prasarana kepada kami sehingga kami dapat menyelesaikan tugas ini dengan baik dan lancar.
3. Dr. Sigid Kirana Lintang Bhima, Sp.F selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk membimbing kami dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Orang tua beserta keluarga kami yang senantiasa memberikan dukungan moral maupun material.
5. Para sahabat yang selalu memberi dukungan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Serta pihak lain yang tidak mungkin kami sebutkan satu-persatu atas bantuannya secara langsung maupun tidak langsung sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik.

Akhir kata, kami berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
PERNYATAAN KEASLIAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
ABSTRAK	xii
ABSTRACT	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar belakang	1
1.2 Permasalahan penelitian	5
1.2.1 Permasalahan umum	5
1.2.2 Permasalahan khusus	5
1.3 Tujuan penelitian	5
1.3.1 Tujuan umum	5
1.3.2 Tujuan khusus	5
1.4 Manfaat penelitian	6
1.4.1 Manfaat teoritis	6
1.4.2 Manfaat praktis	6
1.5 Orisinalitas	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Aspek rumah sakit, rekam medis dan hukum kesehatan	9
2.2 Rekam medis	11
2.2.1 Pengertian rekam medis	11
2.2.2 Manfaat rekam medis	11
2.2.3 Komponen rekam medis	13

2.2.4	Isi rekam medis	15
2.2.5	Aspek hukum dari rekam medis	17
2.2.5.1	Kepemilikan rekam medis	17
2.2.5.2	Penyimpanan rekam medis	18
2.2.5.3	Kerahasiaan rekam medis	18
2.3	Pelayanan keperawatan dan proses keperawatan	19
2.3.1	Definisi perawat	19
2.3.2	Peran dan fungsi perawat	20
2.3.2.1	Peran perawat	20
2.3.2.2	Fungsi perawat	20
2.3.3	Pengertian pelayanan keperawatan	21
2.3.4	Pengertian proses keperawatan	21
2.3.5	Definisi asuhan keperawatan	22
2.3.6	Tahapan-tahapan dalam proses keperawatan	22
2.3.7	Dokumentasi asuhan keperawatan	24
2.3.7.1	Tujuan dan makna dokumentasi asuhan keperawatan	24
2.3.7.2	Komponen dokumentasi asuhan keperawatan	25
2.3.8	Sumber data	25
2.4	Pengetahuan	26
BAB 3 KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, DAN HIPOTESIS		29
3.1	Kerangka teori	29
3.2	Kerangka konsep	29
3.3	Hipotesis	30
BAB 4 METODE PENELITIAN		31
4.1	Ruang lingkup penelitian	31
4.2	Tempat dan waktu penelitian	31
4.3	Jenis dan rancangan penelitian	31
4.4	Populasi dan sampel	31
4.4.1	Populasi target	31
4.4.2	Populasi terjangkau	31
4.4.3	Sampel penelitian	32

4.4.3.1	Kriteria inklusif	32
4.4.3.2	Kriteria eksklusif	32
4.4.4	Besar sampel	32
4.5	Variabel penelitian	32
4.5.1	Variabel bebas	32
4.5.2	Variabel terikat	33
4.6	Definisi operasional variabel	33
4.6.1	Metode pengukuran variabel bebas	33
4.6.2	Metode pengukuran variabel terikat	34
4.7	Cara pengumpulan data	35
4.7.1	Alat	35
4.7.2	Jenis data	38
4.7.3	Cara kerja	38
4.8	Alur penelitian	39
4.9	Analisis Data	40
4.10	Etika penelitian	40
4.11	Jadwal penelitian	41
BAB 5 HASIL PENELITIAN		42
5.1	Analisis sampel	42
5.2	Analisis deskriptif	44
5.3	Analisis inferensial	45
BAB 6 PEMBAHASAN		47
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN		50
7.1	Kesimpulan	50
7.2	Saran	50
DAFTAR PUSTAKA		51
LAMPIRAN 1 Ethical Clearance		54
LAMPIRAN 2 Surat Ijin Penelitian		55
LAMPIRAN 3 Surat permohonan ijin penelitian		56
LAMPIRAN 3 Surat permohonan ijin peminjaman rekam medis		57
LAMPIRAN 4 Sampel informed consent penelitian		58

LAMPIRAN 5 Instrumen kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan...	62
LAMPIRAN 6 Kuesioner penelitian.....	66
LAMPIRAN 7 Hasil pengolahan data SPSS	72
LAMPIRAN 9 Identitas Peneliti.....	81

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Orisinalitas penelitian	7
Tabel 2. Aspek pengukuran variabel bebas.....	33
Tabel 3. Aspek pengukuran variabel terikat	34
Tabel 4. Jadwal penelitian.....	41
Tabel 5. Hasil analisis tingkat pengetahuan terhadap kelengkapan rekam medis	46

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kerangka teori	29
Gambar 2. Kerangka konsep	29
Gambar 3. Alur penelitian	39
Gambar 4. Distribusi usia responden penelitian	42
Gambar 5. Distribusi kelengkapan dokumen asuhan keperawatan	44

DAFTAR LAMPIRAN

LAMPIRAN 1 Ethical Clearance	54
LAMPIRAN 2 Surat Ijin Penelitian	55
LAMPIRAN 3 Surat permohonan ijin penelitian	56
LAMPIRAN 3 Surat permohonan ijin peminjaman rekam medis	57
LAMPIRAN 4 Sampel informed consent penelitian	58
LAMPIRAN 5 Instrumen kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan...	62
LAMPIRAN 6 Kuesioner penelitian	66
LAMPIRAN 7 Hasil pengolahan data SPSS	72
LAMPIRAN 9 Identitas Peneliti	81

ABSTRAK

Latar Belakang: Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan diwajibkan untuk membuat rekam medis. Rekam medis merupakan bukti tertulis tentang pelayanan yang diberikan oleh dokter dan dokter gigi yang berisi tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Perawat sebagai tenaga medis yang juga memberikan pelayanan kesehatan memiliki kewajiban untuk membuat dokumentasi dari tindakan asuhan keperawatan yang dilakukannya.

Tujuan: penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan pengetahuan perawat tentang rekam medis dengan kelengkapan pengisian dokumentasi asuhan keperawatan.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan desain *cross sectional*. Populasi penelitian merupakan seluruh perawat yang bertugas di bangsal penyakit dalam RSUP Dr. Kariadi Semarang, sampel berjumlah 15 orang perawat yang terlibat langsung mengisi rekam medis. Data diperoleh dengan melakukan observasi tentang kelengkapan pengisian dokumentasi asuhan keperawatan pada rekam medis periode 1-31 Januari 2012 dan menggunakan kuesioner untuk menilai tingkat pengetahuan perawat tentang rekam medis (tata cara pengisian dan aspek hukum). Uji statistik menggunakan uji *fisher exact-test*.

Hasil: Dalam penelitian ini ditemukan hasil yang bermakna antara variabel pengetahuan tentang aspek hukum rekam medis ($p=0,017$), tata cara pengisian dokumentasi asuhan keperawatan ($p=0,022$). Sedangkan variabel pengetahuan tentang rekam medis mendapatkan hasil yang bermakna yaitu ($p=0,004$).

Simpulan: Ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan perawat tentang rekam medis dengan kelengkapan pengisian dokumentasi asuhan keperawatan.

Kata kunci: Perawat, Pengetahuan, Rekam Medis, Dokumentasi Asuhan Keperawatan.

ABSTRACT

Background: Hospital as a health-care facilities are obliged to make medical records. Medical record is a written evidence of services provided by doctors and dentists that contains the identity of the patients, examinations, treatments, measures, and other services that had been given to the patient. Nurses as well as medical personnels providing health services have an obligation to make the documentation of nursing measures they did.

Aim: The purpose of this study was to analyze the relationship of the nurse's knowledge about the medical record and the completeness of the admission filling of nursing care documentation.

Methods: This study is an observational analytic study with cross sectional design. The study population were all nurses who served in the department of internal medicine ward of RSUP Dr. Kariadi Semarang, the sample of 15 nurses were involved in direct charge of medical records. Data obtained by making observations about the completeness of documentation of nursing care in filling the medical records of the period of 1 to 31 January 2012 and used questionnaires to assess the level of nurses' knowledge about the medical records (charging procedures and legal aspects). Statistical tests using Fisher exact test.

Results: The results of this study found a significant association between the variables of knowledge about the legal aspects of medical record ($p = 0.017$), procedure for filling the documentation of nursing care ($p = 0.022$). While the knowledge variable of the medical record had gotten a significant result ($p = 0.004$).

Conclusion: There was a significant association between the nurse's knowledge about medical record documentation with the completeness of admission filling of nursing care documentation.

Keywords: Nurse, Knowledge, Medical Records, Nursing Care Documentation.

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Dalam bidang kesehatan interaksi antara pemberi layanan kesehatan dan penerima atau pasien bersifat erat dan dapat pula berkesinambungan. Oleh karena itu untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang akan diberikan serta untuk memantau riwayat kesehatan seseorang, setiap pemberi layanan kesehatan diwajibkan untuk membuat rekam medis.

Di bidang kedokteran dan kedokteran gigi, rekam medis merupakan salah satu bukti tertulis tentang proses pelayanan yang diberikan oleh dokter dan dokter gigi. Di dalam rekam medis berisi data klinis pasien selama proses diagnosis dan pengobatan. Oleh karena itu setiap kegiatan pelayanan medis harus mempunyai rekam medis yang lengkap dan akurat untuk setiap pasien, dan setiap dokter dan dokter gigi wajib mengisi rekam medis dengan benar, lengkap dan tepat waktu.¹ Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan juga diwajibkan untuk membuat rekam medis, hal ini tercantum pada Permenkes No. 269/Menkes/Per/III/2008.

Berdasarkan pasal 46 ayat 1 UU Praktik Kedokteran, yang dimaksud rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Dalam rekam medis yang lengkap dapat diperoleh informasi-informasi yang dapat digunakan untuk berbagai keperluan. Keperluan tersebut diantaranya

adalah sebagai bahan pembuktian dalam perkara hukum, bahan penelitian dan pendidikan, serta dapat digunakan sebagai alat untuk analisis dan evaluasi terhadap mutu pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit.²

Selain dokter dan dokter gigi, data dalam rekam medis dapat dibuat atau diisi oleh tenaga kesehatan lain yang memberikan pelayanan langsung kepada pasien atas perintah ataupun pendelegasian secara tertulis dari dokter dan dokter gigi yang menjalankan praktik kedokteran.¹

Rekam medis berupa catatan yang menguraikan tentang identitas, pemeriksaan pasien, diagnosis, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang dilakukan oleh dokter dan dokter gigi maupun tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kompetensinya. Serta dilengkapi dengan dokumen–dokumen berupa hasil rontgen, hasil laboratorium dan lain sebagainya.

Di rumah sakit, rekam medis dibagi menjadi dua yaitu rekam medis rawat jalan dan rawat inap. Dimana rekam medis rawat inap bersifat lebih lengkap dari rekam medis rawat jalan dan ditambahkan dokumen–dokumen seperti *informed consent*, catatan konsultasi, catatan perawat atau dokumentasi asuhan keperawatan, hasil pengobatan, evaluasi pengobatan.

Dalam praktiknya kelengkapan pengisian rekam medis dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti latar belakang pendidikan tenaga kesehatan, lama masa kerja, pengetahuan mengenai rekam medis, ketrampilan, dan masih banyak lagi faktor yang berpengaruh.^{10, 11, 12}

Hal ini tentunya akan mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan yang akan diberikan pada pasien yang misalnya mempunyai riwayat penyakit kronis, akhir

ini pengisian rekam medis juga sering asal-asalan, kadang dokter hanya menulis seadanya dan sangat tidak lengkap, dan juga perawat yang diberi wewenang oleh dokter untuk melakukan kegiatan medis tertentu juga sering tidak mendokumentasikan kegiatan tersebut, disamping itu tindakan yang dilakukan oleh dokter yang dapat mempengaruhi kegiatan asuhan keperawatan sering tidak sepenuhnya diketahui oleh perawat sehingga mengurangi kelengkapan catatan perawat yang sifatnya sebagai dokumen pelengkap rekam medis.

Catatan perawat harus ditulis dalam 24 jam, meliputi berbagai informasi tentang: (1) Pengkajian satu orang atau lebih tenaga keperawatan tentang klien, misalnya warna kulit pucat atau merah, urin berwarna gelap atau keruh. (2) Asuhan keperawatan yang bersifat mandiri seperti perawatan kulit, pendidikan kesehatan, dan melakukan kegiatan atas inisiatif perawat sendiri. (3) asuhan keperawatan bersifat pendelegasian misalnya memberi obat atau intervensi penanganan lain yang diinstruksikan oleh dokter. (4) evaluasi keberhasilan tiap asuhan keperawatan. (5) tindakan yang dilakukan oleh dokter tetapi mempengaruhi asuhan keperawatan. (6) kunjungan berbagai anggota tim kesehatan, misalnya konsultasi dokter, pekerja sosial, atau pemuka agama.³

Kelengkapan pengisian data catatan keperawatan sama pentingnya dengan catatan rekam medis walaupun hanya bersifat dokumen tambahan, namun dapat berguna untuk penanganan pasien pada kunjungan berikutnya.

Praktik keperawatan dalam sistem pelayanan kesehatan di Indonesia yang sering berubah seiring dengan perkembangan ilmu kesehatan mempengaruhi proses pendokumentasian tindakan keperawatan yang dilakukan, selain itu

lingkup praktik perawat yang ikut berubah juga berpengaruh. Semakin terampil seorang perawat dalam akurasi perumusan masalah dan intervensi keperawatan pada pendekatan proses keperawatan akan sangat bermanfaat dalam proses pendokumentasian tindakan keperawatan. Kelengkapan pengisian rekam medis dan dokumen pelengkapanya berhubungan dengan kualitas tenaga medis yang bertugas untuk mengisi data rekam medis.

Penelitian Agung Pribadi tentang analisis faktor pengetahuan, motivasi, dan persepsi perawat tentang supervisi kepala ruang terhadap penatalaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Kelet Jepara Provinsi Jawa Tengah disebutkan bahwa hanya sekitar separuh perawat (51,6%) yang menunjukkan faktor pengetahuan perawat baik, selain itu pendokumentasian asuhan keperawatan yang baik hanya dilakukan oleh (58,1%) perawat. Dengan demikian peneliti menyimpulkan akan adanya hubungan faktor pengetahuan perawat terhadap pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan.²⁴

Berdasarkan uraian tersebut diatas serta kaitannya dengan kelengkapan catatan keperawatan sebagai dokumen tambahan rekam medis maka perlu dikaji ulang tentang “hubungan pengetahuan perawat tentang rekam medis dengan kelengkapan pengisian catatan keperawatan di bangsal penyakit dalam RSUP dr. Kariadi Semarang periode 1–31 januari 2012”.

1.2 Permasalahan penelitian

1.2.1 Permasalahan umum

Berdasarkan latar belakang diatas, rumusan masalah pada penelitian ini adalah untuk melihat adakah hubungan antara pengetahuan perawat tentang rekam medis dengan kelengkapan pengisian catatan asuhan keperawatan di bangsal penyakit dalam RSUP dr. Kariadi Semarang periode 1–31 januari 2012 ?.

1.2.2 Permasalahan khusus

- 1) Menilai pengetahuan perawat tentang rekam medis di RSUP Dr. Kariadi Semarang.
- 2) Menilai kelengkapan pengisian catatan asuhan keperawatan sebagai dokumen pelengkap dalam rekam medis di bangsal penyakit dalam RSUP dr. Kariadi Semarang.

1.3 Tujuan penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Mengetahui hubungan pengetahuan perawat tentang tentang rekam medis dengan kelengkapan pengisian catatan asuhan keperawatan sebagai dokumen pelengkap rekam medis di RSUP dr. Kariadi Semarang.

1.3.2 Tujuan khusus

- 1) Mengetahui pengetahuan perawat tentang rekam medis di RSUP dr. Kariadi Semarang.
- 2) Mengetahui kelengkapan pengisian catatan asuhan keperawatan sebagai dokumen pelengkap dalam rekam medis di bangsal penyakit dalam RSUP dr. Kariadi Semarang.

1.4 Manfaat penelitian

1.4.1. Manfaat teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi bagi perkembangan ilmu kedokteran dan penelitian selanjutnya mengenai tingkat kelengkapan pengisian data catatan keperawatan yang berbeda-beda yang dilakukan oleh perawat yang merupakan dokumen pelengkap dalam rekam medis.

1.4.2. Manfaat praktis

Memperoleh data sebagai informasi bagi tenaga kesehatan seperti dokter, dokter gigi, perawat, dan lain-lain mengenai berbagai faktor yang mempengaruhi kelengkapan pengisian pengisian catatan keperawatan dan rekam medis yang ditulis oleh tenaga kesehatan, sehingga memperoleh banyak pengetahuan mengenai rekam medis. Serta diharapkan pada praktiknya pengisian data rekam medis dapat dilakukan dengan lengkap.

1.5 Orisinalitas

Telah dilakukan upaya penelusuran pustaka dan tidak dijumpai adanya penelitian atau publikasi sebelumnya yang telah menjawab permasalahan penelitian tentang hubungan antara pengetahuan perawat tentang rekam medis dengan kelengkapan pengisian catatan keperawatan di bangsal penyakit dalam RSUP dr. Kariadi Semarang periode 1–31 januari 2012. Adapun dijumpai penelitian yang mirip terutama dalam segi variabel penelitian akan dijelaskan dalam tabel dibawah ini:

Tabel 1. Orisinalitas penelitian

Judul Penelitian	Waktu	Tempat	Metode	Hasil
Analisis Pengaruh Faktor Pengetahuan, Motivasi, dan Persepsi Perawat Tentang Supervisi Kepala Ruang Terhadap Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSUD Kelet Provinsi Jawa Tengah di Jepara Peneliti : Agung Pribadi (2009) ²⁴	Tahun 2009	RSUD Kelet Jepara	Metode Cross Sectional	Hasil penelitian menunjukkan faktor pengetahuan perawat baik 51,6%; tidak baik 48,4%. Ada hubungan faktor pengetahuan perawat terhadap terhadap pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan (p value = 0,007) ²⁴

Tabel 1. Orisinalitas penelitian (lanjutan)

Hubungan antara	Tahun	Bangsals	Mengambil	hasil analisis
pengetahuan dokter	2011	anak C1L2	sampel dengan	bivariat yang
tentang rekam		RSUP Dr.	cara <i>whole</i>	bermakna untuk
medis dengan		Kariadi	<i>population</i>	variabel
kelengkapan		Semarang	Kemudian	pengertian rekam
pengisian data			dilakukan uji	medis ($p=0,038$)
rekam medis oleh			hipotesis	manfaat rekam
dokter yang			menggunakan	medis ($p=0,008$)
bertugas di bangsal			uji Chi Square	komponen dan isi
anak RSUP Dr.				rekam medis
Kariadi Semarang				($p=0,011$) serta
periode 1-31				aspek hukum
Agustus 2010.				rekam medis
Peneliti :				($p=0,002$).
Wahyu Kumala				Sedangkan
Dewi (2011) ²⁵				variabel
				pengetahuan
				ditemukan hasil
				yang bermakna
				yaitu ($p=0,000$). ²⁵

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Aspek rumah sakit, rekam medis dan hukum kesehatan

Segala hal yang berhubungan dengan kesehatan telah diatur di dalam undang–undang kesehatan nomor 36 tahun 2009 termasuk didalamnya adalah setiap orang berhak memperoleh informasi tentang data kesehatan dirinya termasuk tindakan dan pengobatan yang telah ataupun yang akan diterima dari tenaga kesehatan, yang tercantum pada bab III pasal 8.⁹

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.⁴

Rekam medis sangat bermanfaat untuk menilai derajat kesehatan seorang pasien di rumah sakit, rekam medis yang jelas dan lengkap akan meningkatkan kualitas pelayanan dan pencapaian kesehatan masyarakat yang optimal. Selain itu rekam medis dapat juga dijadikan sebagai tameng hukum jika terjadi masalah atau tuntutan dari pasien yang pernah mendapatkan perawatan medis di suatu rumah sakit ataupun sarana pelayanan kesehatan lainnya.

Kewajiban rumah sakit tentang menyelenggarakan rekam medis tercantum dalam pasal 29 ayat 1 undang–undang nomor 44 tahun 2009 tentang rumah sakit. Guna meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, rekam medis harus dibuat sebaik

dan selengkap mungkin karena hal itu juga termasuk dalam kriteria pelayanan rumah sakit kelas dunia.^{4,5}

Dengan berkembangnya *evidence based medicine* dimana pelayanan medis yang berbasis data sangatlah diperlukan, maka data dan informasi pelayanan medis yang berkualitas harus terintegrasi dengan baik dan benar. Sumber utamanya adalah data klinis dari rekam medis. Data klinis yang bersumber dari rekam medis semakin penting dengan berkembangnya rekam medis elektronik, dimana setiap data yang ada secara langsung menjadi masukan ke sistem atau manajemen informasi kesehatan.¹

Rekam medis wajib dibuat oleh dokter atau dokter gigi setelah pasien menerima pelayanan kesehatan dan dibubuhi nama, waktu, dan tanda tangan pemberi tindakan pelayanan. Dimana dokumen merupakan milik sarana pelayanan kesehatan dan wajib disimpan dan dijaga kerahasiaan isinya sesuai ketentuan undang-undang, sedangkan isinya adalah milik pasien dan pasien berhak mengetahui isi rekam medisnya, semua ini tercantum di dalam Undang-Undang nomor 29 tahun 2004 tentang praktik kedokteran dan PERMENKES nomor 269 tahun 2008.^{6,8}

Selain dokter dan dokter gigi, rekam medis juga dapat diisi oleh tenaga kesehatan yang ikut memberikan pelayanan kesehatan secara langsung kepada pasien. Dalam hal ini perawat juga termasuk di dalamnya, perawat bertugas untuk membuat catatan keperawatan atau dokumentasi asuhan keperawatan yang sifatnya sebagai dokumen pelengkap rekam medis.

2.2 Rekam medis

2.2.1 Pengertian rekam medis

Menurut undang–undang nomor 29 tahun 2004, yang dimaksud dengan rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.⁶

IDI mendefinisikan rekam medis sebagai rekaman dalam bentuk tulisan atau gambaran aktivitas pelayanan yang diberikan oleh pemberi pelayanan medik atau kesehatan kepada seorang pasien.⁷

Sedangkan definisi rekam medis menurut PERMENKES No: 269/MENKES/PER/III/2008 adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Catatan adalah tulisan yang dibuat oleh dokter atau dokter gigi tentang segala tindakan yang dilakukan kepada pasien dalam rangka pemberian pelayanan kesehatan. Dokumen adalah catatan dokter, dokter gigi, dan/atau tenaga kesehatan tertentu, laporan hasil pemeriksaan penunjang, catatan observasi, dan pengobatan harian dan semua rekaman, baik berupa foto radiologi, gambar pencitraan (*imaging*), dan rekaman elektro diagnostik.⁸

2.2.2 Manfaat rekam medis

Konsil Kedokteran Indonesia menyebutkan ada 6 manfaat dari rekam medis, yaitu:

1) Pengobatan pasien

Manfaat rekam medis sebagai dasar dan petunjuk untuk merencanakan dan menganalisa penyakit serta merencanakan pengobatan, perawatan dan tindakan medis yang harus diberikan kepada pasien.

2) Peningkatan kualitas pelayanan

Rekam medis dibuat bagi penyelenggaraan praktik kedokteran dengan jelas dan lengkap akan meningkatkan kualitas pelayanan untuk melindungi tenaga medis dan untuk pencapaian kesehatan masyarakat yang optimal.

3) Pendidikan dan penelitian

Rekam medis merupakan informasi perkembangan kronologis penyakit, pelayanan medis, pengobatan dan tindakan medis, bermanfaat untuk bahan informasi bagi perkembangan pengajaran dan penelitian di bidang profesi kedokteran dan kedokteran gigi.

4) Pembiayaan

Berkas rekam medis dapat dijadikan petunjuk dan bahan untuk menetapkan pembiayaan dalam pelayanan kesehatan pada sarana kesehatan. catatan tersebut dapat dipakai sebagai bukti pembiayaan pada pasien.

5) Statistik kesehatan

Bahan statistik kesehatan dapat menggunakan berkas rekam medis, khususnya untuk mempelajari perkembangan kesehatan masyarakat

dan untuk menentukan jumlah penderita pada penyakit-penyakit tertentu.

6) Pembuktian masalah hukum, disiplin dan etik

Rekam medis merupakan alat bukti tertulis utama, sehingga bermanfaat dalam penyelesaian masalah hukum, disiplin dan etik.¹

2.2.3 Komponen rekam medis

Untuk memudahkan pencatatan rekam medis dilakukan pengelompokan dengan membagi data tersebut menjadi 4 komponen, yaitu:

- 1) Identifikasi, meliputi :
 - a) Nama lengkap.
 - b) Nama orang tua.
 - c) Tempat dan tanggal lahir.
 - d) *Social security number*.
 - e) Pekerjaan.
 - f) Jenis kelamin.
 - g) Status perkawinan.
 - h) Etnik.
- 2) Sosial, meliputi :
 - a) Ras.
 - b) Status dalam keluarga.
 - c) Pekerjaan.
 - d) Hobi dan kegemaran.
 - e) Informasi keluarga.

f) Gaya hidup.

g) Sikap.

3) Medikal, meliputi :

a) Data langsung (*direct patient data*), yaitu :

- Riwayat penyakit atau operasi yang lalu.
- Catatan perawat.
- *Vital signs*.
- Catatan perkembangan.
- ECG, foto, serta bukti langsung lainnya.

b) Data dokter atau profesional lainnya, meliputi :

- Laporan laboratorium.
- Laporan operasi, termasuk anestesi, pasca anestesi, dan patologi.
- Diagnosis dan sinar X.
- Perintah dokter.
- Foto serta lampiran.
- Laporan khusus.

4) Finansial, meliputi :

- a) Perusahaan tempat bekerja.
- b) Kedudukan.
- c) Alamat perusahaan.
- d) Orang yang bertanggung jawab menanggung biaya.
- e) Jenis cakupan.

- f) Nomer asuransi.
- g) Cara pembayaran.⁷

2.2.4 Isi rekam medis

Rekam medis di rumah sakit sangat berperan dalam pelaksanaan manajemen rumah sakit. Oleh karena itu rekam medis harus mampu menyajikan informasi tentang pelayanan dan kesehatan di rumah sakit, dan harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas atau secara elektronik. Rekam medis berisi tentang semua tindakan terhadap pasien baik pasien rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat. Hal ini tercantum didalam Peraturan Menteri Kesehatan No.269 Tahun 2008 pasal 3. Isi rekam medis sangat bermacam macam dan dapat dikembangkan sesuai kebutuhan, berikut adalah isi rekam medis yang dituliskan dalam PERMENKES No.269 Tahun 2008 Pasal 3:

Isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan perawatan satu hari sekurang-kurangnya memuat :

- 1) Identitas pasien.
- 2) Tanggal dan waktu.
- 3) Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit.
- 4) Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik.
- 5) Diagnosis.
- 6) Rencana penatalaksanaan.
- 7) Pengobatan dan/atau tindakan.
- 8) Persetujuan tindakan bila diperlukan.

- 9) Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan.
- 10) Ringkasan pulang (*discharge summary*).
- 11) Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan.
- 12) Pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu.
- 13) Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik.

Sedangkan rekam medis untuk pasien rawat jalan pada sarana pelayanan kesehatan sekurang-kurangnya memuat :

- 1) Identitas pasien.
- 2) Tanggal dan waktu.
- 3) Hasil anamnesis, sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit.
- 4) Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik.
- 5) Diagnosis.
- 6) Rencana penatalaksanaan.
- 7) Pengobatan dan/atau tindakan.
- 8) Pelayanan lain yang telah diberikan oleh pasien.
- 9) Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik.
- 10) Persetujuan tindakan bila diperlukan.

Rekam medis untuk pasien gawat darurat sekurang-kurangnya memuat:

- 1) Identitas pasien.
- 2) Kondisi saat pasien tiba di sarana pelayanan kesehatan.
- 3) Identitas pengantar pasien.
- 4) Tanggal dan waktu.

- 5) Hasil anamnesis, sekurang-kurangnya memuat keluhan dan riwayat penyakit.
- 6) Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik.
- 7) Diagnosis.
- 8) Pengobatan dan/atau tindakan.
- 9) Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut.
- 10) Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan.
- 11) Sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain.
- 12) Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.⁸

Rekam medik dibuat untuk mendokumentasikan seluruh riwayat tentang pasien, maka dari uraian diatas pengisian rekam medis harus di isi dengan lengkap sesuai dengan standar yang berlaku.

2.2.5 Aspek hukum dari rekam medis

2.2.5.1 Kepemilikan rekam medis

Sesuai UU Praktik kedokteran tentang rekam medis yang tertera dalam PERMENKES nomer 269 tahun 2008, berkas rekam medis menjadi milik *health care provider* (dokter, dokter gigi, dan sarana pelayanan kesehatan). Sedangkan isi rekam medis memuat tentang pasien, dimana pasien juga berhak tahu atau

diberi tahu sesuai penjelasan Pasal 53 UU Kesehatan serta mempunyai hak memanfaatkan rekam medis untuk menunjang kepentingan-kepentingannya.⁸

2.2.5.2 Penyimpanan rekam medis

Rekam medis harus disimpan dan dijaga kerahasiaannya oleh dokter, dokter gigi, dan pimpinan sarana kesehatan. Batas waktu lama penyimpanan menurut peraturan menteri kesehatan paling lama lima tahun, terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan. Persetujuan tindakan medik dan ringkasan pulang disimpan sepuluh tahun terhitung dari tanggal dibuatnya ringkasan tersebut.

Rekam medis pada sarana pelayanan non rumah sakit wajib disimpan sekurang-kurangnya untuk jangka waktu dua tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat.⁸

2.2.5.3 Kerahasiaan rekam medis

Setiap dokter atau dokter gigi memiliki kewajiban untuk menjaga kerahasiaan pasien yang tertuang didalam rekam medis. Rahasia kedokteran tersebut dapat dibuka untuk kepentingan pasien, untuk memenuhi permintaan aparat penegak hukum dalam rangka penegakkan hukum dan perintah pengadilan, permintaan atau persetujuan pasien atau berdasarkan kepentingan perundang-undangan. Serta kepentingan penelitian, pendidikan dan audit medik sepanjang tidak menyebutkan identitas pasien.⁸

2.3 Pelayanan keperawatan dan proses keperawatan

2.3.1 Definisi perawat

Perawat adalah seseorang yang telah menyelesaikan program pendidikan keperawatan, berwenang di negara bersangkutan untuk memberikan pelayanan dan bertanggung jawab dalam peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit serta pelayanan terhadap pasien.¹³

Pengertian perawat menurut Priharjo adalah orang yang mengasuh, merawat dan melindungi, yang merawat orang sakit, luka dan usia lanjut. Sedangkan Hadjam memberikan pengertian yang lain yaitu karyawan rumah sakit yang mempunyai dua tugas yaitu merawat pasien dan mengatur bangsal.

Gunarsa menyatakan bahwa perawat adalah seorang yang telah dipersiapkan melalui pendidikan untuk turut serta merawat dan menyembuhkan orang yang sakit, usaha rehabilitasi, pencegahan penyakit, yang dilaksanakannya sendiri atau dibawah pengawasan dan supervisi dokter atau suster kepala.

Dari definisi diatas dapat disimpulkan bahwa perawat adalah orang yang memberikan pelayanan pengasuhan dalam proses penyembuhan penyakit, perawatan seorang pasien yang dalam hal ini disebut sebagai pembantu dokter dalam melaksanakan kegiatan pelayanan kesehatan.

2.3.2 Peran dan fungsi perawat

2.3.2.1 Peran perawat

Peran perawat menurut konsorsium ilmu kesehatan tahun 1989:

- 1) Sebagai pemberi asuhan keperawatan.
- 2) Sebagai advokat pasien.
- 3) Sebagai edukator.
- 4) Sebagai koordinator.
- 5) Peran kolaborator.
- 6) Peran konsultan.
- 7) Sebagai pembaharu.¹⁴

2.3.2.2 Fungsi perawat

Fungsi perawat adalah :

- 1) Mengkaji kebutuhan pasien, keluarga, kelompok dan masyarakat serta sumber yang tersedia dan potensial untuk memenuhi kebutuhan tersebut.
- 2) Merencanakan tindakan keperawatan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat berdasarkan diagnosis keperawatan.
- 3) Melaksanakan rencana keperawatan meliputi upaya peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan, pemulihan dan pemeliharaan kesehatan termasuk pelayanan pasien dan keadaan terminal.
- 4) Mengevaluasi hasil asuhan keperawatan.
- 5) Mendokumentasikan proses keperawatan.

- 6) Mengidentifikasi hal-hal yang perlu diteliti atau dipelajari serta merencanakan studi kasus guna meningkatkan pengetahuan dan pengembangan ketrampilan dan praktek keperawatan.
- 7) Berperan serta dalam melaksanakan penyuluhan kesehatan kepada pasien, keluarga, kelompok serta masyarakat.
- 8) Bekerja sama dengan disiplin ilmu terkait dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien, keluarga, kelompok dan masyarakat.
- 9) Mengelola perawatan pasien dan berperan sebagai ketua tim dalam melaksanakan kegiatan keperawatan.¹⁴

2.3.3 Pengertian pelayanan keperawatan

Pelayanan keperawatan adalah bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan biologi, psikologi, sosial, dan spiritual yang komprehensif, ditujukan pada individu, keluarga dan masyarakat baik yang sakit maupun sehat yang mencakup siklus hidup manusia.¹⁴

2.3.4 Pengertian proses keperawatan

Proses keperawatan adalah merupakan cara yang sistematis yang dilakukan oleh perawat bersama pasien dalam menentukan kebutuhan asuhan keperawatan dengan melakukan pengkajian, menentukan diagnosis, merencanakan tindakan yang akan dilakukan, melaksanakan tindakan keperawatan dan melakukan evaluasi hasil asuhan keperawatan yang telah dilakukan dengan berfokus pada

pasien, berorientasi pada tujuan pada setiap tahap saling ketergantungan dan kesinambungan.¹⁵

2.3.5 Definisi asuhan keperawatan

- 1) Merupakan proses atau rangkaian kegiatan pada praktek keperawatan yang diberikan secara langsung pada pasien diberbagai tatanan kesehatan.
- 2) Dilaksanakan berdasarkan kaidah–kaidah keperawatan sebagai profesi yang berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan berdasarkan kebutuhan obyektif untuk mengatasi masalah yang dihadapi pasien.
- 3) Merupakan inti pelayanan keperawatan yang berupaya untuk membantu mencapai kebutuhan dasar melaui tindakan keperawatan, menggunakan kiat ilmu keperawatan dalam melakukan tindakan, memanfaatkan potensi dari berbagai sumber.¹⁶

2.3.6 Tahapan–tahapan dalam proses asuhan keperawatan

1) Pengkajian

Menurut Iyer 1996 tahap pengkajian merupakan dasar utama dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan individu. Oleh karena itu pengkajian yang akurat, lengkap, sesuai dengan kenyataan, kebenaran data sangat penting.

2) Diagnosa keperawatan

Menurut Gordon 1976 diagnose keperawatan adalah masalah kesehatan aktual dan potensial dimana berdasarkan pendidikan dan

pengalamannya, dia mampu dan mempunyai kewenangan untuk memberikan tindakan keperawatan.

3) Perencanaan keperawatan

Merupakan langkah penentuan diagnosis keperawatan, penetapan sasaran dan tujuan, penetapan kriteria evaluasi, dan dirumuskan intervensi keperawatan berdasarkan pada masalah yang ditemukan. Dalam perencanaan strategi dikembangkan untuk mencegah, membatasi, atau memperbaiki masalah yang ditemukan.

4) Implementasi

Merupakan pelaksanaan dari rencana keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan pasien secara optimal. Implementasi juga meliputi pencatatan perawatan pasien dalam dokumen yang telah disepakati. Dokumen ini dapat digunakan sebagai alat bukti apabila ternyata timbul masalah hukum terkait dengan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit umumnya dan perawat khususnya.

5) Evaluasi

Merupakan proses terakhir keperawatan yang menentukan tingkat keberhasilan keperawatan sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak.^{3, 17}

2.3.7 Dokumentasi asuhan keperawatan

Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan salah satu aspek terpenting dari peran pemberi perawatan kesehatan. Karena merupakan bukti dari pelaksanaan asuhan keperawatan yang menggunakan metode pendekatan proses keperawatan dan berisikan catatan tentang respon pasien terhadap tindakan medis, tindakan keperawatan, dan reaksi pasien terhadap penyakit. Dengan adanya dokumentasi asuhan keperawatan mempertegaskan bahwa tanggung jawab hukum dan etik perawat terhadap pasien telah terpenuhi, dan pasien menerima asuhan keperawatan yang bermutu.^{3, 18}

2.3.7.1 Tujuan dan makna dokumentasi asuhan keperawatan

Tujuan utama dari pendokumentasian asuhan keperawatan adalah untuk:

- 1) Mengidentifikasi status kesehatan pasien dalam rangka mencatat kebutuhan pasien, merencanakan, melaksanakan tindakan asuhan keperawatan, dan mengevaluasi tindakan.
- 2) Dokumentasi untuk penelitian, keuangan, hukum, dan etika. Hal ini juga menyediakan:
 - Bukti kualitas asuhan keperawatan.
 - Bukti legal dokumentasi sebagai pertanggung jawaban kepada klien.
 - Informasi terhadap perlindungan individu.
 - Bukti aplikasi standar praktik keperawatan.
 - Sumber informasi statistik untuk standar dan riset keperawatan.
 - Sumber informasi untuk data yang harus dimasukkan.

- Komunikasi konsep resiko tindakan keperawatan.
- Dokumentasi untuk tenaga profesional dan tanggung jawab etik dan mempertahankan kerahasiaan informasi klien.
- Data perencanaan pelayanan kesehatan dimasa datang.¹⁸

2.3.7.2 Komponen dokumentasi asuhan keperawatan

Mencakup segala kegiatan yang dilakukan dalam asuhan keperawatan. Komponen isi dokumentasi meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, pelaksanaan tindakan keperawatan, evaluasi, tanda tangan dan nama terang perawat, resume keperawatan, catatan pasien pulang atau meninggal.

2.3.8 Sumber data

- a) Pasien merupakan sumber data primer dan perawat dapat menggali informasi yang sebenarnya dari pasien.
- b) Orang terdekat jika pasien mengalami gangguan dalam berkomunikasi atau kesadaran yang menurun.
- c) Catatan medis atau tim kesehatan lain. Anggota tim kesehatan lain adalah para personil yang berhubungan dengan pasien, memberikan tindakan dan mencatat pada rekam medis pasien. Catatan kesehatan terdahulu dapat digunakan sebagai informasi yang dapat mendukung rencana tindakan keperawatan.
- d) Hasil pemeriksaan diagnostik. Hasil–hasil pemeriksaan laboratorium dan tes diagnostik dapat digunakan perawat sebagai data obyektif yang dapat disesuaikan dengan masalah kesehatan pasien.

- e) Perawat lain jika pasien rujukan dari pelayanan kesehatan lain, maka perawat harus meminta informasi pada perawat yang telah merawat pasien sebelumnya. Hal ini dimaksudkan untuk kesinambungan dari tindakan keperawatan yang telah diberikan.
- f) Kepustakaan untuk memperoleh data dasar pasien yang komprehensif perawat dapat membaca *literature* yang berhubungan dengan masalah pasien.²¹

2.4 Pengetahuan

Pengetahuan adalah kumpulan informasi yang dipahami, diperoleh dari proses belajar selama hidup dan dapat digunakan sewaktu-waktu sebagai alat penyesuaian diri baik terhadap diri sendiri maupun lingkungannya.¹⁹

Notoadmojo mengartikan pengetahuan sebagai hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia di peroleh dari mata dan telinga.²⁰

Pengetahuan dapat diartikan juga sebagai kemampuan untuk menerangkan kembali apa yang telah dialami, dipelajari, dipahami oleh panca indra yang berasal dari berbagai macam sumber untuk kemudian diterapkan pada suatu keadaan atau kegiatan tertentu.

Pengetahuan atau kognitif sangat menentukan perilaku atau tindakan seseorang. Notoadmojo secara garis besar membagi pengetahuan menjadi 6 tingkat, antara lain:

1) Tahu (*know*)

Kemampuan untuk mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, termasuk dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali terhadap sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang di pelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

2) Memahami (*Comprehension*)

Merupakan kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang di ketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap obyek atau materi harus dapat menjelaskan, menyimpulkan terhadap obyek yang dipelajari.

3) Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi nyata atau sebenarnya. Aplikasi disini dapat diartikan sebagi aplikasi atau penggunaan hukum-hukum dan prinsip.

4) Analisa (*Analysis*)

Analisa adalah suatu kemampuan untuk menjelaskan materi suatu obyek kedalam komponen-komponen, tetapi masih dalam struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5) Sintesis (*Syntesis*)

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru, atau menyusun formula baru dari formulasi-formulasi yang ada.

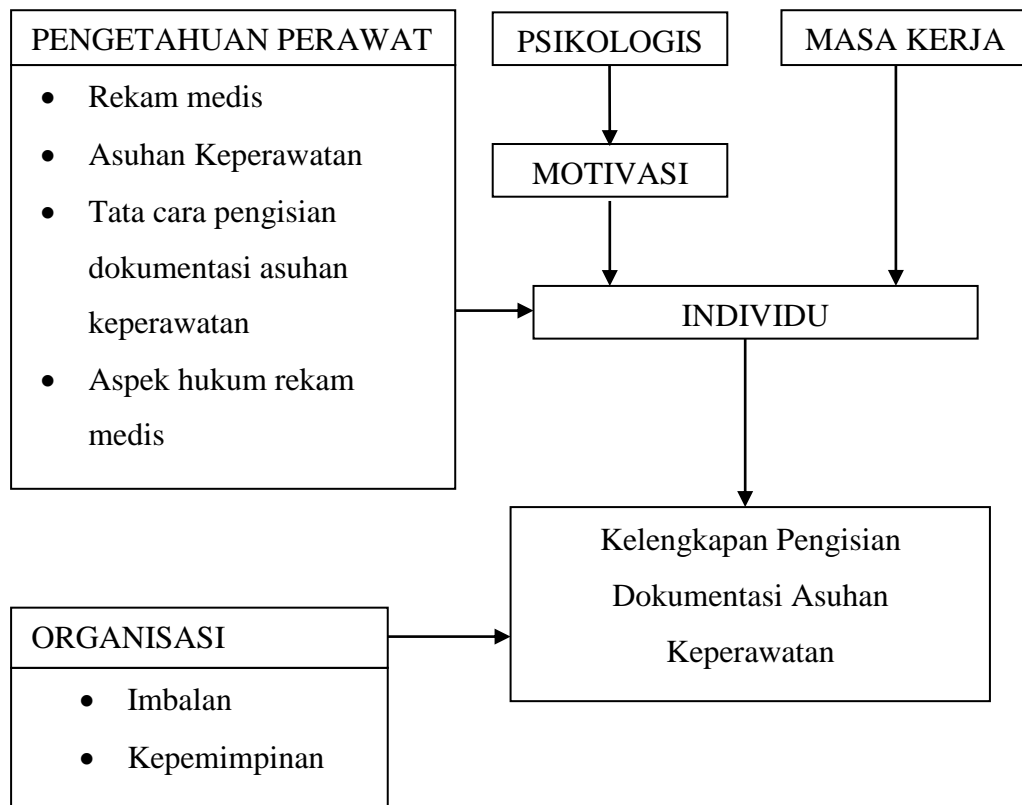
6) Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi itu berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau pembenaran terhadap suatu materi atau obyek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang ada.²⁰

BAB 3

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka teori



Gambar 1. Kerangka teori

3.2 Kerangka konsep



Gambar 2. Kerangka konsep

3.3 Hipotesis

Terdapat hubungan antara pengetahuan perawat tentang rekam medis dengan kelengkapan pengisian dokumentasi asuhan keperawatan.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Ruang lingkup penelitian

Ruang lingkup penelitian ini adalah bidang Ilmu Kedokteran Forensik dan Medikolegal.

4.2 Tempat dan waktu penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di instalasi rekam medis RSUP Dr.Kariadi Semarang dan bangsal penyakit dalam C3L2 RSUP Dr. Kariadi Semarang. Penelitian telah dilaksanakan pada bulan April-Juni 2012.

4.3 Jenis dan rancangan penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian observasional analitik dengan desain *cross sectional*.

4.4 Populasi dan sampel

4.4.1 Populasi target

Seluruh perawat yang bertugas di bangsal penyakit dalam RSUP Dr. Kariadi Semarang.

4.4.2 Populasi terjangkau

Seluruh perawat yang bertugas di bangsal penyakit dalam C3L2 RSUP Dr. Kariadi Semarang.

4.4.3 Sampel penelitian

Sampel merupakan perawat yang bertugas di bangsal penyakit dalam C3L2 RSUP Dr. Kariadi Semarang.

4.4.3.1 Kriteria inklusi

Sampel adalah perawat yang bertugas mengisi catatan keperawatan dalam rekam medis di bangsal penyakit dalam C3L2 RSUP dr. Kariadi Semarang.

4.4.3.2 Kriteria eksklusi

- 1) Sampel menolak dilibatkan dalam penelitian.
- 2) Sampel sedang cuti kerja.

4.4.4 Besar sampel

Pengambilan sampel dilakukan dengan cara whole population.

4.5 Variabel penelitian

4.5.1 Variabel bebas

Pengetahuan perawat:

- Aspek hukum rekam medis
- Dokumentasi asuhan keperawatan

4.5.2 Variabel terikat

Kelengkapan pengisian catatan keperawatan dalam rekam medis.

4.6 Definisi operasional variabel

4.6.1 Metode pengukuran variabel bebas

Pengukuran variabel bebas menggunakan jenis skala ordinal yang disesuaikan dengan jenis variabel. Penilaian kategori tersebut dilakukan dengan cara menilai jawaban responden terhadap kuesioner yang telah ditentukan nilai-nilainya berdasarkan jawaban yang diberikan.

Tabel 2. Aspek pengukuran variabel bebas

Variabel	Jumlah Indikator	Bobot nilai indikator tertinggi	Skor	Kategori	Skala ukur
Pengetahuan Perawat Tentang Rekam Medis	45	90	1-45 46-90	Tidak Baik Baik	Ordinal

4.6.2 Metode pengukuran variabel terikat

Pengukuran variabel terikat (kelengkapan pengisian rekam medis) menggunakan skala pengukuran ordinal, di mana pengukurannya dilakukan dengan cara observasi menggunakan *check list* yang mengacu pada Permenkes 269 tahun 2008 tentang dokumentasi keperawatan dalam rekam medis, yang telah disesuaikan dengan format pengkajian dalam rekam medis menyebutkan butir-butir yang harus diisi dan dilengkapi oleh perawat dalam pendokumentasian rekam medis, apabila satu item dari dokumentasi keperawatan dalam rekam medis tidak diisi lengkap oleh perawat sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan maka diberi skor 0 (tidak diisi) dan diberi skor 1 bila diisi.

Tabel 3. Aspek pengukuran variabel terikat

Variabel	Jumlah indikator	Bobot nilai indikator tertinggi	Kategori	Skala ukur
Kelengkapan				
pengisian dokumentasi asuhan keperawatan dalam rekam medis	64	64	(≤ 51) Tidak lengkap	Ordinal
			(≥ 52) Lengkap	

4.7 Cara pengumpulan data

4.7.1 Alat

1) Kuesioner

Kuesioner berisi pertanyaan perihal tentang data diri dan perihal tentang rekam medis (pengertian, manfaat, komponen dan isi, serta aspek hukum) dan juga standar perlakuan asuhan keperawatan dan pendokumentasiannya.

Kuesioner menggunakan kuesioner peneliti terdahulu yang telah dilakukan uji validasi dan uji reliabilitas. Uji validasi menggunakan metode *Pearson Product Moment Corelation Coefficien*, dengan ketentuan nilai koefisien korelasi $>0,3$ (valid), sedangkan uji reliabilitas kuesioner menggunakan metode *Crounbach's Alpha* dan dianggap reliabel jika nilainya $>0,6$.

Dari hasil uji untuk variabel aspek hukum rekam medis dengan 15 item pertanyaan diperoleh nilai r hitung $>0,3$ dan nilai *Crounbach's Alpha* 0,9130 ($>0,6$). Sedangkan untuk variabel tata cara pengisian dokumentasi asuhan keperawatan dengan 30 item pertanyaan didapatkan nilai r hitung $>0,3$ dan nilai *Crounbach's Alpha* 0,9685 ($>0,6$). Sehingga kuesioner kedua variabel dianggap valid dan reliabel untuk digunakan pada penelitian.

- Validitas

Validitas instrumen menunjukkan sejauh mana alat pengukur itu dapat mengukur apa yang ingin diukur. Untuk mengetahui validitas kuesioner dengan cara mengkorelasikan skor yang diperoleh dari masing – masing pertanyaan atau pernyataan dengan skor total. Uji validitas dapat dilakukan dengan uji Product Moment dari Pearson dengan rumus: ²²

$$r = \frac{n \sum xy - \sum x \sum y}{\sqrt{[n\sum x^2 - (\sum x)^2] [n\sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

keterangan :

r = Koefisien korelasi

x = Variabel bebas

y = Variabel terikat

n = jumlah sampel

Hipotesis :

- 1) Ho : tidak ada korelasi positif antara skor item dengan skor total.
- 2) Ha : ada korelasi positif antara skor item dengan skor total.

Dasar pengambilan keputusan :

- 1) Jika nilai $p > 0,05$ atau nilai r hitung $<$ nilai r tabel, maka Ho diterima, yang berarti tidak ada korelasi positif antara skor item dengan skor total.
- 2) Jika nilai $p < 0,05$ atau nilai r hitung $>$ nilai r tabel, maka Ho ditolak, yang berarti ada korelasi positif antara skor item dengan skor total.

- Reliabilitas

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Bila suatu alat pengukur dipakai dua kali untuk mengukur gejala yang sama dan hasil pengukuran yang diperoleh konsisten maka pengukur tersebut reliabel.²²

Instrumen penelitian yang reliabilitasnya diuji dengan tesretest dilakukan dengan cara mencobakan instrument pada responden yang instrumennya sama ditempat yang berbeda. Reabilitas alat pengukur biasanya dinyatakan dengan indeks korelasi. Dalam aplikasinya reliabilitas dinyatakan oleh koefisien reliabilitas yang angkanya berada dalam rentang 0 sampai 1.²³

Data untuk menghitung koefisien reliabilitas alpha diperoleh lewat pengujian yang dikenakan hanya sekali saja pada kelompok responden (*single trial administrasion*). Suatu variabel dikatakan reliabel jika memberi nilai cronbach alpha > 0,60.²² Analisis reliabilitas menggunakan program computer dengan koefisien reliabilitas alpha.²³

Rumus koefisien korelasi alpha :

$$\alpha = \left[\frac{k}{(k-1)} \right] \left[1 - \frac{k \sum S^2_j}{S^2_x} \right]$$

keterangan :

α = reabilitas instrument

K = banyaknya belahan

S^2_j = Varian belahan j (1,2,3,4.....k)

S^2_x = varian skor tes

2) Rekam Medis

Pengambilan data rekam medis sebelum dilakukan penelitian.

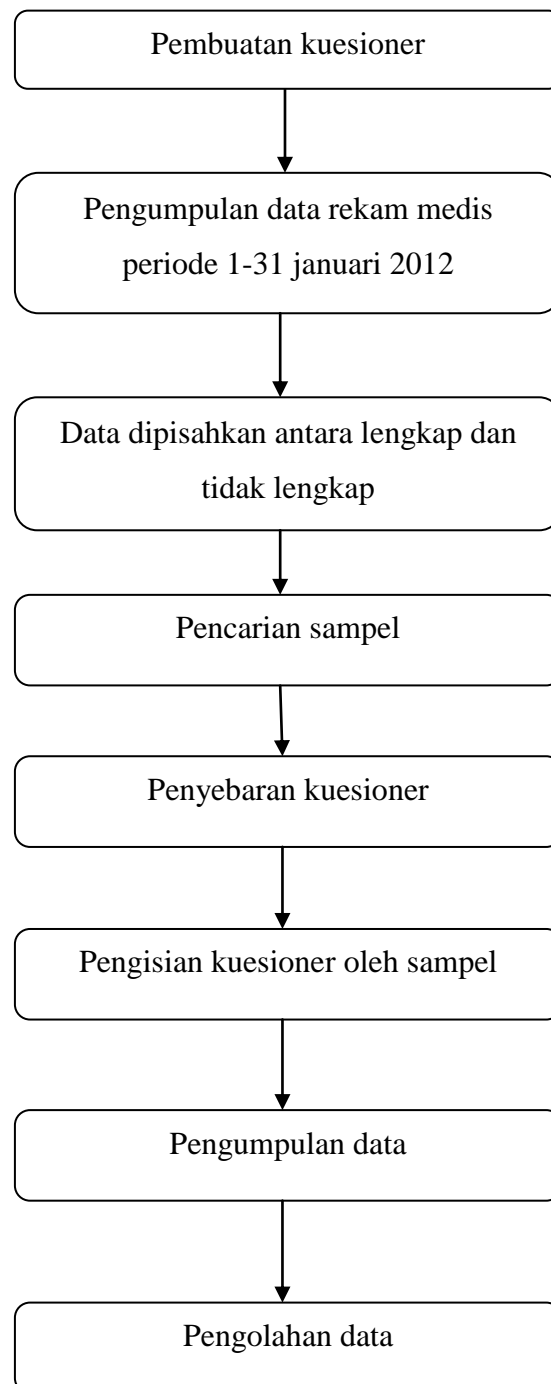
4.7.2 Jenis data

- 1) Data yang digunakan adalah data primer yang diperoleh melalui wawancara langsung kepada responden (perawat) dengan berpedoman pada kuesioner yang telah dipersiapkan terlebih dahulu.
- 2) Data yang digunakan adalah data sekunder dengan cara meneliti catatan perawat dalam rekam medis di bangsal penyakit dalam RSUP Dr. Kariadi periode 1–31 januari 2012 sebelum penelitian dimulai.

4.7.3 Cara kerja

Setelah mendapatkan sampel yang sesuai dengan kriteria inklusi, dilakukan pengumpulan data rekam medis sampel berdasarkan kriteria inklusi sebelum pemberian kuesioner kepada sampel. Setelah data rekam medis terkumpul, dilakukan wawancara terhadap sampel dengan mengisi kuesioner yang berisi biodata dan perihal tentang rekam medis (pengertian, manfaat, komponen dan isi, serta aspek hukum) dan standar perlakuan asuhan keperawatan berikut pendokumentasiannya. Sebelum dilakukan wawancara pengisian kuesioner, terlebih dahulu akan diberikan surat pernyataan bersedia/tidak bersedia menjadi responden dalam penelitian. Setelah proses pengisian kuesioner, kemudian data-data dari hasil pengumpulan data rekam medis dan data kuesioner dikumpulkan untuk kemudian diolah lebih lanjut menggunakan program *SPSS 17 for windows* dan hasilnya ditampilkan dalam laporan hasil penelitian.

4.8 Alur penelitian



Gambar 3. Alur penelitian

4.9 Analisis data

1) Cleaning

Dilakukan pembersihan pada data penelitian. Diteliti dahulu agar tidak terdapat data yang tidak diperlukan.

2) Editing

Dilakukan editing untuk meneliti kelengkapan data, kesinambungan data, dan keseragaman data sehingga validitas data terjamin.

3) Coding

Dilakukan untuk memudahkan pengolahan data termasuk pemberian skor.

4) Entrying

Memasukkan data dalam komputer untuk proses analisis data.

Uji hipotesis menggunakan uji *fisher exact test* yang dilakukan dengan program aplikasi komputer . Uji *fisher exact test* dipilih untuk menilai apakah ada hubungan antara variabel bebas dan terikat. Hubungan dianggap bermakna bila $p < 0.05$.

4.10 Etika Penelitian

Setelah proposal disetujui, *ethical clearance* akan dimintakan dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Fakultas Kedokteran Undip / RSUP Dr. Kariadi Semarang sebelum penelitian dilaksanakan. Subjek dalam penelitian akan dimintakan persetujuan untuk menjadi responden, dan subjek berhak menolak untuk ikut dalam penelitian. Data yang diperoleh dari subjek dan data rekam medik akan dijaga kerahasiaannya dan tidak akan dipublikasikan tanpa seijin

subjek penelitian. Seluruh biaya yang berkaitan dengan penelitian akan ditanggung oleh peneliti. Subyek penelitian akan diberi imbalan sesuai dengan kemampuan peneliti.

4.11 Jadwal penelitian

Tabel 4. Jadwal penelitian

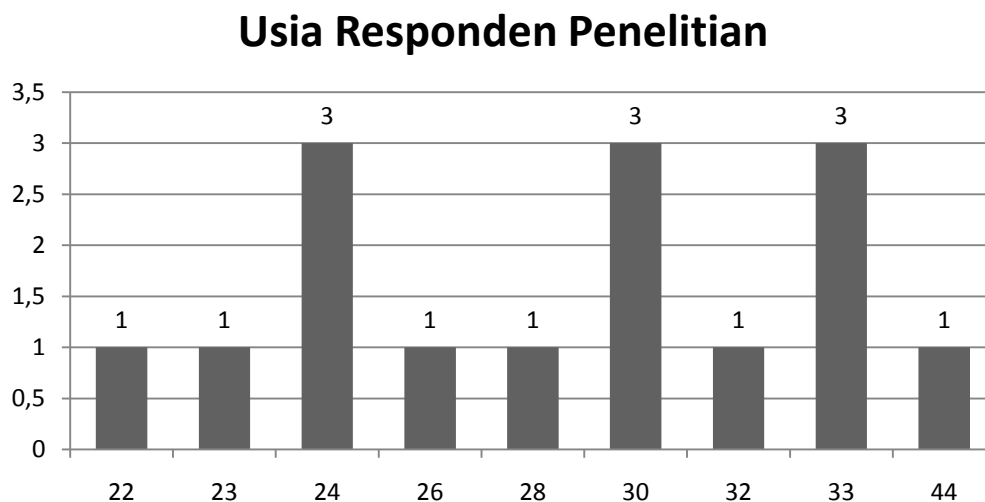
Kegiatan	Januari- Februari	Maret	April–Mei	Juni
Pembuatan Proposal dan ujian proposal				
Survey pra-penelitian				
Pengumpulan data rekam medis				
Pengumpulan data kuesioner				
Input data penelitian				
Pengolahan data penelitian				
Output data penelitian				

BAB 5

HASIL PENELITIAN

5.1. Analisis Sampel

Subyek penelitian merupakan perawat yang terdaftar sebagai pegawai di bangsal Penyakit dalam C3L2 RSUP Dr. Kariadi Semarang. Perawat yang mengikuti penelitian ini terdiri dari 5 orang laki-laki dan 10 orang perempuan. Dari seluruh perawat yang menjadi subjek penelitian, 13 responden merupakan lulusan dari akademi keperawatan, sedangkan 2 responden lulusan sarjana keperawatan. Rentang Usia perawat tersebut bervariasi, mulai dari 22 tahun sampai 44 tahun. Rata – rata usia perawat tersebut adalah 29,07 tahun. Distribusi usia subjek penelitian dapat dilihat pada gambar dibawah ini.



Gambar 4. Distribusi usia responden penelitian

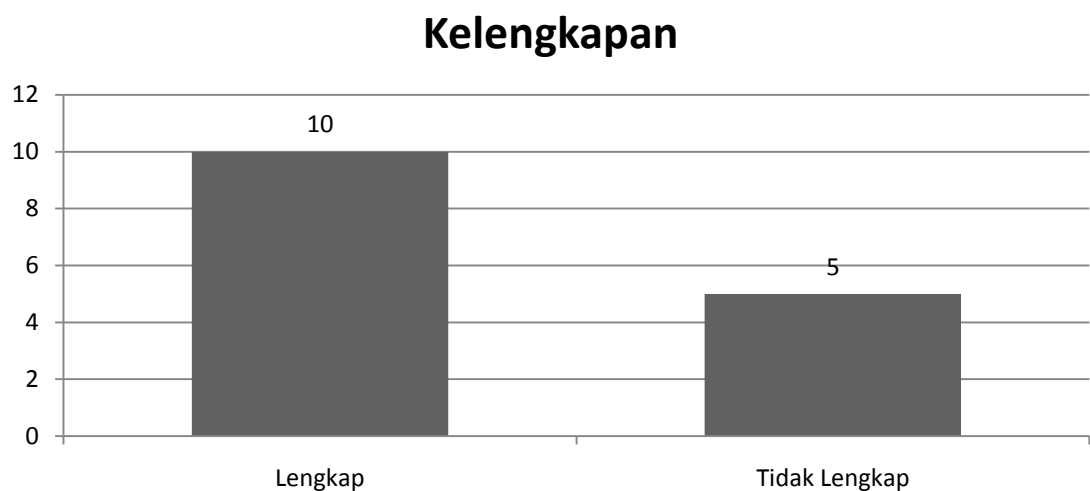
Instrumen penelitian berupa dokumentasi asuhan keperawatan dalam rekam medis di bangsal anak C3L2 RSUP Dr. Kariadi periode 1-31 Januari 2012 dan kuesioner yang diisi oleh perawat yang membuat dokumentasi asuhan keperawatan dalam rekam medis periode Januari 2012. Menurut data dari bangsal penyakit dalam C3L2 RSUP Dr. Kariadi Semarang, selama bulan Januari 2012 terdapat 75 rekam medis dan seluruh perawat yang berada di bangsal C3L2 melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan. Sehingga, hanya 15 rekam medis (dokumentasi asuhan keperawatan) yang diikutsertakan dalam penelitian ini yang diambil secara acak menurut identitas pembuat dokumentasi asuhan keperawatan.

Penelitian ini menggunakan data primer dan data sekunder. Data primer berupa kuesioner yang diisi oleh perawat bangsal C3L2 yang mendokumentasikan asuhan keperawatan periode 1-31 Januari 2012, sedangkan data sekunder berupa dokumen asuhan keperawatan yang terdapat di dalam rekam medis di bangsal penyakit C3L2 dalam periode 1-31 Januari 2012.

Penelitian ini bertujuan untuk mencari hubungan antara pengetahuan perawat tentang rekam medis dengan kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan. Adapun komponen pengetahuan tersebut adalah aspek hukum yang berkaitan dengan rekam medis dan tata cara pengisian dokumentasi asuhan keperawatan pada rekam medis.

5.2. Analisis Deskriptif

Dari 15 dokumen asuhan keperawatan yang menjadi sampel penelitian, didapatkan 5 (33%) dokumen asuhan keperawatan yang kelengkapannya kurang dari 80%.



Gambar 5. Distribusi kelengkapan dokumen asuhan keperawatan

Kriteria kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan pada rekam medis terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, catatan keperawatan, catatan perkembangan, serta resume keperawatan. kriteria pengkajian dibagi lagi menjadi beberapa aspek yang meliputi identitas utama, kebiasaan sehari-hari, psikologi, data sosial, data spiritual, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang.

Variabel bebas yang diteliti adalah faktor pengetahuan perawat tentang rekam medis. Komponen pengetahuan tersebut adalah aspek hukum yang berkaitan dengan rekam medis dan tata cara pengisian dokumentasi asuhan

keperawatan pada rekam medis. Dari 15 responden yang diteliti, 10 responden yang memiliki pengetahuan yang baik tentang aspek hukum yang berkaitan dengan rekam medis, 12 responden mengetahui tentang tata cara pendokumentasian asuhan keperawatan pada rekam medis.

5.3. Analisis Inferensial

Data yang diperoleh dari penelitian ini dianalisis dengan menggunakan uji analisis chi square (χ^2). Namun karena ada syarat yang tidak memenuhi untuk dilakukan uji chi square yaitu ada data yang nilai expected count <5 , sehingga digunakan uji alternatif lainnya yaitu uji *fisher exact-test* dan hasilnya dianggap bermakna jika nilai $p < 0,05$.

Berdasarkan hasil analisis uji fisher exact didapatkan hasil $p = 0,017$ untuk pengetahuan tentang aspek hukum pada rekam medis, $p = 0,022$ untuk pengetahuan tentang tata cara pengisian dokumentasi asuhan pada rekam medis. Kedua variabel tersebut memiliki nilai $p < 0,05$ yang berarti keduanya memiliki hubungan dengan kelengkapan pengisian dokumentasi asuhan keperawatan pada rekam medis. Jika kedua komponen variabel bebas tersebut digabungkan menjadi tingkat pengetahuan yang memiliki dua kategori yaitu baik dan kurang. Kategori berpengetahuan baik jika responden mendapat skor antara 46-90 pada jumlah aspek komponen pertanyaan tersebut, sedangkan kategori kurang dikelompokkan jika responden mendapatkan skor ≤ 45 .

Tabel dibawah ini merupakan tampilan hasil analisis untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan perawat tentang rekam medis dengan kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan.

Tabel 5. Hasil analisis tingkat pengetahuan terhadap kelengkapan rekam medis.

No	Variabel Bebas	Tidak Lengkap		Lengkap		P
		n	(%)	n	(%)	
1	Aspek hukum yang berkaitan dengan rekam medis					
	a. Kurang	4	(26,7)	1	(6,7)	0,017
	b. Baik	1	(6,7)	9	(60)	
2	Tentang tata cara pendokumentasian asuhan keperawatan pada rekam medis					
	a. Kurang	3	(20)	0	(0)	0,022
	b. Baik	2	(13,3)	10	(66,7)	
3	Tingkat pengetahuan tentang rekam medis					
	a. Kurang	4	(26,7)	0	(0)	0,004
	b. Baik	1	(6,7)	10	(66,7)	

Perhitungan dengan uji analisis bivariat diperoleh bahwa variabel pengetahuan perawat tentang rekam medis secara keseluruhan memiliki hubungan dengan kelengkapan pengisian dokumentasi asuhan keperawatan pada rekam medis yang memiliki nilai $p = 0,04$ ($p < 0,05$) sehingga dikatakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan tentang rekam medis dengan kelengkapan pengisian dokumentasi asuhan keperawatan pada rekam medis.

BAB 6

PEMBAHASAN

Proses asuhan keperawatan merupakan kegiatan pada praktek keperawatan yang diberikan dan diberikan langsung kepada pasien yang meliputi lima tahapan, dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi. Pada saat proses asuhan keperawatan dilakukan, perawat juga diwajibkan untuk mendokumentasikan asuhan keperawatan yang diberikan.^{3,17}

Pelaksanaan dokumentasi dimulai saat pasien diterima di ruang rawat inap, perawat jaga yang menerima wajib mengisi formulir rekaman mulai dari identitas (nama dan nomor RM pasien), laporan yang perlu meliputi pengkajian data keperawatan, diagnosa keperawatan, rencana tindakan keperawatan, dan pelaksanaan serta evaluasi tindakan keperawatan apabila melaksanakannya, kemudian dilanjutkan dengan otentifikasi (membubuhkan paraf dan nama perawat). Resume asuhan keperawatan dilengkapi oleh perawat segera setelah pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter, atau pulang atas permintaan sendiri, atau meninggal dunia. Dari hal tersebut dapat disimpulkan bahwa dokumentasi asuhan keperawatan sangat penting demi menunjang kinerja praktek keperawatan pada kunjungan pasien dimasa datang. Selain itu juga dokumentasi asuhan keperawatan merupakan dokumen pelengkap yang harus ada di dalam rekam medis menurut Permenkes Nomor 269 Tahun 2008, dan isi-isi apa saja yang harus ada dalam asuhan keperawatan telah diatur oleh Departemen Kesehatan RI.^{3,17,18}

Kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan sendiri dipengaruhi oleh berbagai macam faktor seperti latar belakang pendidikan, lama masa kerja, pengetahuan, ketrampilan, motivasi, psikologis dan lain sebagainya. Oleh karena itu dilakukan penelitian untuk mengetahui hubungan antara faktor pengetahuan dengan kelengkapan pendokumentasian.¹⁰⁻¹²

Mengacu pada hasil penelitian untuk variabel pengetahuan perawat tentang rekam medis dari 15 orang, hanya 11 orang (73,3%) yang memiliki pengetahuan kategori baik. Untuk pengetahuan tentang tata cara pengisian dokumentasi asuhan keperawatan sebagian besar responden (80%) memiliki pengetahuan yang baik dan hanya (66,7%) yang mengetahui tentang aspek hukum rekam medis. Sedangkan pada tingkat kelengkapan pengisian dokumentasi asuhan keperawatan, hanya 10 dokumen (66,7%) yang memenuhi kategori lengkap.

Dari 5 dokumen asuhan keperawatan yang tidak lengkap, dianalisa lebih lanjut tanpa menggunakan uji statistik dan diperoleh hasil bahwa dokumen tersebut diisi oleh perawat dengan sebaran umur yang tidak merata dari umur 22 – 33 tahun dan mereka adalah lulusan dari akademi keperawatan. Data yang diperoleh tentang latar belakang pendidikan sampel penelitian menunjukkan 13,3% merupakan lulusan dari sarjana keperawatan mereka memiliki pengetahuan tentang rekam medis yang baik serta melakukan pengisian dokumentasi asuhan keperawatan dengan lengkap. Sedangkan 86,7% lainnya merupakan lulusan dari akademi keperawatan dan melakukan proses dokumentasi dengan tingkat kelengkapan yang berbeda-beda. Perbedaan kelengkapan ini mungkin disebabkan oleh kurangnya tingkat pengetahuan, kesadaran serta motivasi dari perawat

tersebut untuk melakukan proses dokumentasi dengan lengkap. Selain itu pendidikan akademi merupakan pendidikan profesi pemula sehingga dalam pelaksanaan kerjanya membutuhkan pengalaman serta pelatihan yang cukup agar dapat melakukan pekerjaannya dengan baik.

Berdasarkan oleh data penelitian yang telah dilakukan uji statistik, diperoleh nilai $p=0,004$ dan menunjukkan bahwa hipotesis yang dikemukakan peneliti terbukti yaitu terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan perawat tentang rekam medis dengan kelengkapan pengisian dokumentasi asuhan keperawatan sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Agung Pribadi $p=0,007$. Agung Pribadi mengemukakan bahwa perawat yang berpengetahuan rendah memiliki resiko 6,280 kali lebih besar untuk melakukan dokumentasi yang tidak lengkap.²⁴

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

7.1. Simpulan

Pengetahuan perawat tentang rekam medis yang meliputi aspek hukum rekam medis dan tata cara pengisian dokumentasi asuhan keperawatan pada rekam medis memiliki hubungan dengan kelengkapan pengisian dokumentasi asuhan keperawatan pada rekam medis.

7.2. Saran

1. Untuk meningkatkan pelaksanaan dan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan, maka harus dilakukan usaha untuk meningkatkan pengetahuan perawat mengenai dokumentasi asuhan keperawatan yang dapat dilakukan dengan cara memberikan pendidikan, pelatihan maupun seminar yang berkaitan dengan dokumentasi asuhan keperawatan, rekam medis atau hukum kesehatan.
2. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut untuk mencari faktor – faktor lain yang berpengaruh dengan kelengkapan pengisian dokumentasi asuhan keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA



1. Konsil Kedokteran Indonesia. Manual Rekam Medis. Jakarta; 2006.
[homepage on the internet]. Available from:
<http://inamc.or.id/download/Manual%20Rekam%20Medis.pdf>
2. Shofari B. Pengelolaan Sistem Rekam Kesehatan. Semarang; 1998.
3. Nursalam. Proses dan Dokumentasi Keperawatan : konsep dan praktik. Jakarta: Salemba Medika; 2008.
4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit. [homepage on internet]. Available from:
http://depkes.go.id/downloads/UU_No._44_Th_2009_ttg_Rumah_Sakit.pdf
5. Depkes RI. Permenkes Nomor 659 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit Indonesia Kelas Internasional. [homepage on internet]. Available from:
http://depkes.go.id/downloads/Permenkes/Permenkes_659_Th_2009.pdf
6. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran. [homepage on internet]. Available from:
http://depkes.go.id/downloads/UU_No._29_Th_2004_ttg_Praktik_Kedokteran.pdf
7. Dahlan S. Hukum Kesehatan Rambu-rambu bagi Profesi Dokter. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro; 2005.
8. Depkes RI. Permenkes Nomor 269 Tahun 2008 Tentang Rekam Medis. [homepage on internet]. Available from:
<http://www.apikes.com/files/permenkes-no-269-tahun-2008.pdf>

9. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. [homepage on internet]. Available from:
http://depkes.go.id/downloads/UU_No._36_Th_2009_ttg_Kesehatan.pdf
10. Atanay RS. Analisis Faktor–Faktor Yang Mempengaruhi Kinerja Perawat Dalam Melaksanakan Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit Umum Fak-Fak. Semarang: Fakultas Kedokteran UNDIP; 2008
11. Nelfiyanti. Pengaruh Pengetahuan Dan Motivasi Perawat Terhadap Kelengkapan Pengisian Dokumentasi Asuhan Keperawatan Pada Rekam Medis Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Haji Medan. Medan: Fakultas Kesehatan Masyarakat USU; 2009
12. Rahim Abd. Pengaruh Karakteristik Individu, Faktor Psikologis Dan Organisasi Terhadap Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Pada Instalasi Rawat Inap RSUD Daerah Dr. Zainoel Abidin Propinsi Nanggroe Aceh Darussalam. Medan; 2009
13. Praptiningsih S. Hukum Perawat. Jakarta: Raja Grafindo Persada; 2006.
14. Hidayat A. Pengantar konsep Dasar Asuhan Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika; 2004
15. Supriyadi. Pendekatan Psikologi Dalam Pengukuran di Bidang Kesehatan.. Jakarta: Forum Komunikasi Sosial dan Kesehatan; 1993
16. Ali Z. Dasar–Dasar Keperawatan Profesional. Jakarta: Widya Medika; 2002
17. Tim Departemen Kesehatan RI. Standar Asuhan Keperawatan. Jakarta: Sagung Seto; 2002

18. Tim Departemen Kesehatan RI. Pedoman Proses Keperawatan di Rumah Sakit. Jakarta: Persatuan Perawat Nasional Indonesia; 1994
19. Hani. Manajemen Personalia dan Sumberdaya Manusia. Yogyakarta: BpFE
20. Notoatmodjo S. Ilmu Perilaku Kesehatan. Jakarta: PT.Rineka Cipta; 2010
21. Hidayat A. Dokumentasi Proses Asuhan keperawatan. Jakarta: EGC; 2002
22. Ghozali I. Aplikasi Analisis Multivariat Dengan Program SPSS. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro; 2011
23. Sugiono. Statistik Untuk Penelitian. Bandung: Alfa Beta; 2006
24. Pribadi A. Analisis Pengaruh Faktor Pengetahuan, Motivasi, dan Persepsi Perawat Tentang Supervisi Kepala Ruang Terhadap Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD Kelet Provinsi Jawa Tengah di Jepara. Semarang: Fakultas Kesehatan Masyarakat UNDIP; 2009
25. Dewi WK. Hubungan Antara Pengetahuan Dokter Tentang Rekam Medis Dengan Kelengkapan Pengisian Data Rekam Medis Dokter Yang Bertugas di Bangsal Anak RSUP Dr. Kariadi Semarang Periode 1-31 Agustus 2010. Semarang: Fakultas kedokteran UNDIP; 2011

Lampiran 1

Ethical Clearance

	KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK) FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS DIPONEGORO DAN RSUP dr KARIADI SEMARANG Sekretariat : Kantor Dekanat FK Undip Lt.3 Jl. Dr. Soetomo 18, Semarang Telp.024-8311523/Fax. 024-8446905							
ETHICAL CLEARANCE No. 182/EC/FK/RSDK/2012								
Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro/ RSUP. Dr. Kariadi Semarang, setelah membaca dan menelaah USULAN Penelitian dengan judul :								
HUBUNGAN PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG REKAM MEDIS DENGAN KELENGKAPAN PENGISIAN CATATAN KEPERAWATAN DI BANGSAL PENYAKIT DALAM RSUP DR. KARIADI SEMARANG PERIODE 1-31 JANUARI 2012								
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">Peneliti Utama</td> <td>: Ryco Giftyan Ardika</td> </tr> <tr> <td>Pembimbing</td> <td>: dr. Sigid Kirana Lintang Bhima, Sp.F</td> </tr> <tr> <td>Penelitian</td> <td>: Dilaksanakan di Bangsal Penyakit Dalam C3L2 RSUP Dr. Kariadi Semarang, Instalasi Rekam Medis RSUP Dr. Kariadi Semarang</td> </tr> </table>			Peneliti Utama	: Ryco Giftyan Ardika	Pembimbing	: dr. Sigid Kirana Lintang Bhima, Sp.F	Penelitian	: Dilaksanakan di Bangsal Penyakit Dalam C3L2 RSUP Dr. Kariadi Semarang, Instalasi Rekam Medis RSUP Dr. Kariadi Semarang
Peneliti Utama	: Ryco Giftyan Ardika							
Pembimbing	: dr. Sigid Kirana Lintang Bhima, Sp.F							
Penelitian	: Dilaksanakan di Bangsal Penyakit Dalam C3L2 RSUP Dr. Kariadi Semarang, Instalasi Rekam Medis RSUP Dr. Kariadi Semarang							
Setuju untuk dilaksanakan, dengan memperhatikan prinsip-prinsip yang dinyatakan dalam Deklarasi Helsinki 1975, dan Pedoman Nasional Etik Penelitian Kesehatan (PNEPK) Departemen Kesehatan RI 2004.								
Peneliti harus melampirkan 2 kopi lembar Informed consent yang telah disetujui dan ditandatangani oleh peserta penelitian pada laporan penelitian.								
 dr. Endang Ambarwati, Sp.KFR(K) NIP. 19560806 198503 2 001	Semarang, 10 Mei 2012 Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Undip/RS. Dr. Kariadi  Prof. dr. Siti Fatimah Muis, M.Sc, Sp.GK NIP. 13036806700							

Lampiran 2

Surat Ijin Penelitian



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DOKTER KARIADI

Jalan Dr. Sutomo No. 16 Semarang, PO BOX 1104
 Telepon : (024) 8413993, 8413476, 8413764 Fax : (024) 8318617
 Website : <http://www.rskariadi.com> email : rsdk@indosat.net.id ; rsdk@rskariadi.com

RSUP Dr. KARIADI

Nomor : DL.00.02/I.II/ 1079/2012
 Lamp. : —
 Perihal : *Pengambilan Data Penelitian*

22 MAY 2012

Yth. Dekan Fakultas Kedokteran
 Universitas Diponegoro
 Jl. Dr. Sutomo No. 18
 di —
SEMARANG

Menindak lanjuti surat Saudara :

1. No.1562/UN7.3.4/D1/PP/2012 tanggal 19 Maret 2012 perihal Permohonan ijin penelitian,
2. No.1570/UN7.3.4/D1/PP/2012 tanggal 19 Maret 2012 perihal Permohonan ijin peminjaman rekam medis,

dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya :

Nama Peneliti : Ryco Giftyan Ardika

Judul Penelitian: Hubungan Antara Pengetahuan Perawat Tentang Rekam Medis .
 Dengan Kelengkapan Pengisian Catatan Keperawatan di Bangsal
 Penyakit Dalam RSUP Dr. Kariadi Semarang Periode 1–31 Januari
 2012

Pembimbing : dr. Sigid Kirana Lintang Bhima, Sp.F

dijijinkan untuk melaksanakan Pengambilan Data Penelitian di Instalasi Rekam Medis dan Rawat Inap (C3 L2) RSUP Dr. Kariadi dengan ketentuan :

- o Waktu pelaksanaan pengambilan data dapat dilakukan sewaktu hari kerja selama ± 2 bulan, dengan jumlah sampel adalah ± 150 CM dan 18 responden.
- o Tidak mengganggu pelayanan.
- o Pihak Institusi dan mahasiswa dapat mentaati peraturan serta tata-tertib yang berlaku di RSUP Dr. Kariadi.
- o Memberikan laporan hasil pengambilan data kepada RSUP Dr. Kariadi dan Bagian/ Instalasi tempat penelitian dilaksanakan.

Atas perhatian dan kerjasama Saudara diucapkan terima kasih.

An. Direktur Utama
 Direktur SDM dan Pendidikan
 RSUP Dr. KARIADI
 Dr. Agus Suryanto, Sp.PD-KP
 NIP. 19610818 198812 1 001

Tembusan Yth.:

1. Direktur Utama RSUP Dr. Kariadi (sebagai laporan)
2. Ka.Inst. Rekam Medis
3. Ka.Inst. Rawat Inap B
4. Ka.Inst. Diklat
- ✓ 5. Yang bersangkutan

Lampiran 3

Surat Permohonan Ijin Penelitian



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS DIPONEGORO
FAKULTAS KEDOKTERAN

Jl. Dr. Soetomo No. 18 (Komplek Zona Pendidikan RSUP Dr. Kariadi) Semarang 50231
 Telp. (024) 8311480, 8311523 Fax. (024) 8446905

Nomor : 1562 /UN7.3.4/D1/PP/2012
 Lampiran : Proposal
 Perihal : Permohonan ijin penelitian

19 MAR 2012

Yth. Direktur Utama
 RSUP Dr. Kariadi
 Semarang

Dengan hormat,

Bersama ini kami hadapkan mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro :

Nama : Ryco Giftyan Ardika
 NIM : G2A 008 170
 Semester : VIII (Delapan)

Mohon diijinkan melakukan penelitian di Instalasi Rekam Medis dan Bangsal Penyakit Dalam C3L2 RSUP Dr. Kariadi Semarang, dalam rangka penyusunan Karya Tulis Ilmiah. Terlampir bersama ini proposal penelitian mahasiswa yang bersangkutan.

Judul/Topik : Hubungan Antara Pengetahuan Perawat Tentang Rekam Medis Dengan Kelengkapan Pengisian Catatan Keperawatan Di Bangsal Penyakit Dalam RSUP Dr. Kariadi Semarang Periode 1 - 31 Januari 2012

Pembimbing : dr. Sigid Kirana Lintang Bhima, Sp.KF

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

a.n Dekan
 Pembantu Dekan I



dr. Herman Kristanto, MS, Sp. OG(K)
 NIP. 196305051989031003

Tembusan Yth. :

1. Dekan (sebagai laporan)
2. Ketua Tim Karya Tulis Ilmiah FK Undip
3. Ketua UP3 FK Undip
4. Ketua Bidang Diklit RSUP Dr. Kariadi Semarang
5. Pembimbing
6. Mahasiswa Yang Bersangkutan

Lampiran 4

Surat Permohonan Ijin Peminjaman Rekam Medis



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS DIPONEGORO
FAKULTAS KEDOKTERAN

Jl. Dr. Soetomo No. 18 (Komplek Zona Pendidikan RSUP Dr. Kariadi) Semarang 50231
 Telp. (024) 8311480, 8311523 Fax. (024) 8446905

Nomor : 1570 /UN7.3.4/D1/PP/2012
 Lampiran : Proposal
 Perihal : Permohonan ijin peminjaman rekam medik

19 MAR 2012

Yth. Direktur Utama
 RSUP Dr. Kariadi
 Semarang

Dengan hormat,

Bersama ini kami hadapkan mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro :

Nama : Ryco Giftyan Ardika
 NIM : G2A 008 170
 Semester : VIII (Delapan)

Mohon diijinkan meminjam data rekam medik di Bagian Penyakit Dalam dan Instalasi Rekam Medik RSUP Dr. Kariadi Semarang, dalam rangka penyusunan Karya Tulis Ilmiah mahasiswa. Terlampir bersama ini proposal penelitian mahasiswa yang bersangkutan.

Judul/Topik : Hubungan Antara Pengetahuan Perawat Tentang Rekam Medis Dengan Kelengkapan Pengisian Catatan Keperawatan Di Bangsal Penyakit Dalam RSUP Dr. Kariadi Semarang Periode 1 - 31 Januari 2012

Pembimbing : dr. Sigid Kirana Lintang Bhima, Sp.KF

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

a.n Dekan
 Pembantu Dekan I



dr. Herman Kristanto, MS, Sp. OG(K)
 NIP. 196305051989031003

Tembusan :

1. Dekan (sebagai laporan)
2. Ketua Tim Karya Tulis Ilmiah FK Undip
3. Ketua Bidang Diklit RSUP Dr. Kariadi Semarang
4. Manager Rekam Medik RSUP Dr. Kariadi Semarang
5. Pembimbing
6. Mahasiswa Yang Bersangkutan

Lampiran 5

Sampel Informed Consent Penelitian

Judul Penelitian : HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG REKAM MEDIS DENGAN KELENGKAPAN PENGISIAN CATATAN KEPERAWATAN DI BANGSAL PENYAKIT DALAM RSUP Dr. KARIADI SEMARANG PERIODE 1-31 JANUARI 2012.

Instansi Pelaksanaan : Bagian Ilmu Forensik dan Medikolegal FK Undip / RSUP Dr.Kariadi Semarang.

Persetujuan Setelah Penjelasan
(INFORMED CONSENT)

Berikut ini naskah yang akan dibacakan pada responden penelitian :

Bapak/Ibu yth :

Pengisian data rekam medis adalah mutlak adanya bagi setiap pemberi layanan kesehatan, entah itu dokter, dokter gigi, ataupun perawat. Rekam medis sendiri sangat berguna bagi banyak pihak dikarenakan mencakup banyak data-data penting yang berhubungan dengan pasien dan selain itu juga dapat berguna untuk payung hukum dari pemberi layanan medis tersebut. Dokumentasi asuhan keperawatan atau yang lebih dikenal sebagai catatan keperawatan merupakan salah satu data yang terdapat dalam rekam medis tersebut. Dalam hal ini saya ingin meneliti tentang kelengkapan pengisian catatan keperawatan dalam rekam medis di bangsal penyakit dalam periode 1-31 Januari 2012.

Adapun tujuan penelitian saya untuk mengetahui antara pengetahuan perawat tentang rekam medis dengan kelengkapan catatan keperawatan sebagai dokumen pendukung rekam medis di RSUD dr. Kariadi Semarang.

Tindakan yang akan dialami oleh Bapak/ Ibu :

Pengisian kuesioner yang akan saya berikan pada Bapak/Ibu dan menjawab sesuai dengan kenyataan.

Terimakasih atas kerjasama Bapak/ Ibu.


Setelah mendengar dan memahami penjelasan penelitian, dengan ini saya menyatakan:

SETUJU / TIDAK SETUJU

Untuk ikut sebagai responden / sampel penelitian.

Semarang, 13-7

2012


Tanda tangan

Nama Terang

Alamat

Saksi :

Nama :

Alamat :

Judul Penelitian : HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG REKAM MEDIS DENGAN KELENGKAPAN PENGISIAN CATATAN KEPERAWATAN DI BANGSAL PENYAKIT DALAM RSUP Dr. KARIADI SEMARANG PERIODE 1-31 JANUARI 2012.

Instansi Pelaksanaan : Bagian Ilmu Forensik dan Medikolegal FK Undip / RSUP Dr.Kariadi Semarang.

Persetujuan Setelah Penjelasan
(INFORMED CONSENT)

Berikut ini naskah yang akan dibacakan pada responden penelitian :

Bapak/Ibu yth :

Pengisian data rekam medis adalah mutlak adanya bagi setiap pemberi layanan kesehatan, entah itu dokter, dokter gigi, ataupun perawat. Rekam medis sendiri sangat berguna bagi banyak pihak dikarenakan mencakup banyak data-data penting yang berhubungan dengan pasien dan selain itu juga dapat berguna untuk payung hukum dari pemberi layanan medis tersebut. Dokumentasi asuhan keperawatan atau yang lebih dikenal sebagai catatan keperawatan merupakan salah satu data yang terdapat dalam rekam medis tersebut. Dalam hal ini saya ingin meneliti tentang kelengkapan pengisian catatan keperawatan dalam rekam medis di bangsal penyakit dalam periode 1-31 Januari 2012.

Adapun tujuan penelitian saya untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan perawat tentang rekam medis dengan kelengkapan pengisian catatan keperawatan sebagai dokumen pelengkap rekam medis di RSUP dr. Kariadi Semarang.

Tindakan yang akan dialami oleh Bapak/ Ibu :

Pengisian kuesioner yang akan saya berikan pada Bapak/Ibu dan menjawab sesuai dengan kenyataan.

Terimakasih atas kerjasama Bapak/ Ibu.

Setelah mendengar dan memahami penjelasan penelitian, dengan ini saya menyatakan:

SETUJU / ~~TIDAK SETUJU~~

Untuk ikut sebagai responden / sampel penelitian.

Semarang, 12 - 7 - 2012



Tanda tangan

Nama Terang

Alamat



Saksi :

Nama :

Alamat :

Lampiran 6

INSTRUMEN

KELENGKAPAN DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN

DALAM REKAM MEDIS

Petunjuk pengisian sesuai dengan Permenkes 269 tentang dokumentasi Asuhan keperawatan dalam rekam medis. (sesuai dengan format pengkajian).

Memberikan tanda V pada kolom jika diisi

No	ASPEK YANG DINILAI	V
I	PENGKAJIAN	
	Mencatat data yang dikaji sesuai dengan pedoman pengkajian pada format pengkajian, meliputi :	
A	Identitas Utama	
1	Nama	
2	Jenis kelamin	
3	Tgl. lahir/umur	
4	Status kesehatan	
5	Pendidikan	
6	Pekerjaan	
7	Agama	
8	Alamat	
9	Identitas penanggungjawab	
10	Keluhan utama	
11	Alasan dirawat	
12	Riwayat penyakit masa lalu	
B	Kebiasaan sehari - hari	
13	Nutrisi	
14	Eliminasi	
15	Personal hygiene	
16	Istirahat	

C	Psikologi	
17	Keadaan emosi	
18	Perasaan klien setelah/selama dirawat	
D	Data sosial	
19	Hubungan dengan suami/istri	
20	Hubungan dengan orang tua	
21	Hubungan dengan teman/orang lain	
22	Orang yang paling berarti	
E	Data spiritual	
23	Keyakinan agama	
24	Keyakinan beribadah	
25	Sikap/harapan klien terhadap penyakitnya	
F	Pemeriksaan fisik	
26	Keadaan umum	
27	Kesadaran	
28	Kepala/leher	
29	Dada	
30	Abdomen	
31	Ekstremitas	
G	Data Penunjang	
32	Laboratorium	
33	X-Ray	
34	Program terapi	
35	Mencatat waktu pengkajian	
36	Mencatat tanggal pengkajian	
37	Mencatat analisa data	
II	DIAGNOSA KEPERAWATAN	
38	Rumusan diagnosa keperawatan	
39	Diagnosa keperawatan dicantumkan menurut prioritas	
40	Diagnosa keperawatan masalah	
	a. Biologis	
	b. Psikologis	
	c. Sosiologis	
	d. Spiritual	

III	PERENCANAAN	
41	Rumusan tujuan, meliputi :	
	a. Hasil akhir	
	b. Batas waktu	
42	Rencana tindakan, meliputi :	
	a. Menggunakan kalimat perintah	
	b. Tindakan keperawatan	
IV	PELAKSANAAN	
43	Mencantumkan waktu	
44	Mencantumkan identitas pelaksana	
45	Mencantumkan tindakan yang akan dilakukan	
46	Tindakan mengacu pada rencana yang akan dibuat	
47	Menggunakan kata kerja aktif untuk menjelaskan apa yang akan dikerjakan	
V	EVALUASI	
48	Mengacu pada tujuan	
49	Evaluasi ditulis secara spesifik	
50	Evaluasi dilengkapi data - data yang mendukung	
VI	CATATAN KEPERAWATAN	
51	Tindakan	
VII	CATATAN PERKEMBANGAN	
52	Diagnosa keperawatan	
53	Perkembangan	
VIII	RESUME KEPERAWATAN	
54	Nama	
55	Jenis kelamin	
56	Diagnosa Medis	
57	Ruang	
58	Dokter (konsul)	
59	Tgl masuk	
60	Keadaan umum	
61	Keluar pasien	
62	Data objektif	
63	Masalah perawatan	
	a. Tindakan perawatan	
	b. Tindakan medis	

	c. Pemeriksaan penunjang	
	d. Penatalaksanaan	
64	Pasien Pulang	
	a. Tgl Jam	
	b. Masalah keperawatan	
	c. Hal yang perlu diperhatikan setelah pulang	
	d. Mobilisasi	
	e. Eliminasi	
	f. Hygiene perseorangan	
	g. Cara minum obat	
	h. Kontrol hari	
	i. Terapi yang dibawa pulang	
	j. Dijemput oleh/hubungan	
	k. Lain - lain	

Lampiran 7

KUESIONER PENELITIAN

HUBUNGAN PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG REKAM MEDIS DENGAN KELENGKAPAN PENGISIAN CATATAN KEPERAWATAN

Di bangsal penyakit dalam RSUP Dr. Kariadi Semarang
periode 1-31 Januari 2012

No. urut :

Petunjuk pengisian : a. Beri tanda (x) pada kolom yang disediakan
b. Pilihlah salah satu jawaban yang ada pada setiap pertanyaan dengan memberi tanda lingkaran

Nama :

Umur :

Jenis kelamin : a. Laki-laki

b. Perempuan

Pendidikan : a. Akper

b. S-1 Keperawatan

I. Pengetahuan Aspek Hukum yang berkaitan dengan Rekam Medis

No	PERTANYAAN	INDIKATOR	Jawaban	
			Ya	Tidak
1	Apakah saudara pernah mendengar isu hukum yang berkaitan dengan dokumentasi asuhan keperawatan dalam RM	a. Belum pernah mendengar isu hukum terkait dengan dokumentasi asuhan keperawatan dalam RM	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		b. Pernah disinggung isu hukum sesama perawat dalam RM	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		c. Pernah mendengar isu hukum tentang rekam dokumentasi asuhan keperawatan dalam RM namun biasa-biasa saja perkembangannya dan pasien tidak pernah menuntut	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2	Apakah saudara pernah mendengar tentang kompilasi data dokumentasi asuhan keperawatan dalam RM	a. Belum pernah mendengar tentang kompilasi data dokumentasi asuhan keperawatan dalam RM		
		b. Pernah disinggung kompilasi data sesama perawat dalam RM		
		c. Pernah mendengar isu tentang kompilasi data dokumentasi asuhan keperawatan dalam RM bahwa data harus benar-benar terpelihara sesuai standar etika dan hukum namun belum pernah diminta pasien dan instansi lain		
3	Bagaimana tentang landasan hukum dokumentasi asuhan keperawatan dalam RM	a. Untuk dokumentasi Asuhan keperawatan dalam RM belum pernah saya dengar ada landasan hukumnya		
		b. Pernah dijelaskan tentang standar profesi dan menghormati hak pasien namun data dokumentasi Asuhan keperawatan dalam RM tidak pernah diminta pasien		
		c. Dokumentasi Asuhan keperawatan dalam RM merupakan salah satu hak pasien dimana hak pasien antara lain ialah hak terhadap informasi, hak untuk memberikan persetujuan, hak atas rahasia kedokteran dan hak atas pendapat kedua (second opinion).		

4	Bagaimana tentang dokumentasi asuhan keperawatan dalam RM di RS tempat saudara bertugas apakah dijelaskan kaitannya dengan aspek <i>medicolegal</i>	a. Dokumentasi data Asuhan keperawatan dalam RM yang sudah diisi disatukan dengan sebelumnya dan belum ada penjelasan dari pihak RS tentang aspek <i>medico legal</i>		
		b. Dokumentasi data Asuhan keperawatan dalam RM yang sudah diisi oleh perawat di RS belum pernah dituntut oleh pasien secara hukum.		
		c. Dokumentasi data Asuhan keperawatan dalam RM yang sudah diisi dihunjak oleh pihak RS untuk mendokumentasikannya, jika ada yang perlu maka data tersebut dapat sebagai alat untuk melindungi kepentingan hukum bagi pasien, dokter tenaga kesehatan lainnya di rumah sakit.		
5	Pernah saudara mendengar tentang peluang pengungkapan informasi kesehatan secara terbatas	a. Belum pernah mendengar dan tidak ada sangsi hukumnya.		
		b. Pernah mendengar namun hal tersebut tidak menjadi tanggung jawab kami		
		c. Pernah, misalnya ada pasien yang meminta atau aparaturnya penegak hukum		

II. Tata Cara Pengisian Dokumentasi Asuhan pada Rekam Medis

No	PERTANYAAN	INDIKATOR	Jawaban	
			Ya	Tidak
6	Pengertian dokumen Asuhan Keperawatan	a. Catatan yang dapat dibuktikan atau dijadikan bukti dalam persoalan hukum pada rekam medis		
		b. Bagian dari kegiatan yang harus dikerjakan oleh perawat sebelum memberi asuhan kepada pasien.		
		c. Merupakan suatu informasi lengkap dari perawat saja tanpa respons pasien terhadap asuhan yang diterimanya.		

7	Cara pengisian dokumentasi asuhan keperawatan yang benar pada rekam medis	a. Dibenarkan menulis komentar yang bersifat mengkritik klien ataupun tenaga kesehatan lain		
		b. Hanya tulisan uraian obyektif perilaku klien dan tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan		
		c. Catatan harus dapat dibaca dan ditulis dengan pinsil serta menggunakan bahasa yang umum.		
8	Manfaat dari pendokumentasian asuhan keperawatan pada rekam medis	a. Sebagai alat komunikasi antar anggota tim kesehatan lainnya		
		b. Sebagai dokumen resmi dalam sistem pelayanan kesehatan		
		c. Sebagai alat pertanggung jawaban dan pertanggung gugatan asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien		
9	Dokumentasi asuhan keperawatan bermanfaat bagi	a. Petugas kesehatan, sebagai alat komunikasi dokter, tindak lanjut pengobatan, dan untuk perlindungan hukum		
		b. Wahana komunikasi antar tim keperawatan dan dengan tim kesehatan lainnya		
		c. Manajemen rumah sakit sebagai perencanaan dan tertib administrasi		
10	Beberapa prinsip dokumentasi asuhan keperawatan antara lain	a. Format yang bebas dapat dibuat oleh perawat sendiri untuk dokumentasi		
		b. Dokumentasi dilakukan oleh orang yang melakukan tindakan atau mengobservasi langsung		
		c. Dokumentasi dapat dibuat belakangan setelah melakukan tindakan		

11	Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pendokumentasian	a. Jika ada kekeliruan dalam pengisian data pada rekam medis menggantinya dengan tipe-x atau mencoret tulisan yang salah		
		b. Membuat satu garis pada tulisan yang salah, tulis kata "salah" lalu diparaf kemudian tulis catatan yang benar		
		c. Membuat guntingan kertas lalu ditempelkan pada tulisan yang salah, kemudian tulis catatan yang benar		
12	Pendokumentasian asuhan keperawatan adalah merupakan	a. Pekerjaan mencatat atau merekam peristiwa dan objek maupun aktifitas pelayanan yang dianggap berharga dan penting pada rekam medis		
		b. Pencatatan yang harus dikerjakan oleh perawat sehari-hari sebelum memberi asuhan kepada pasien		
		c. Merupakan suatu informasi lengkap dari perawat untuk disimpan dalam rak dalam waktu tertentu		
13	Umumnya catatan pasien berisi	a. Informasi yang mengidentifikasi masalah, diagnosa keperawatan dan medik, respon pasien terhadap asuhan keperawatan yang diberikan dan respon terhadap pengobatan serta berisi beberapa rencana untuk intervensi lebih lanjut pada rekam medis		
		b. Catatan pasien dikerjakan oleh perawat sehari-hari diluar asuhan keperawatan		
		c. Merupakan suatu informasi lengkap tentang identitas pasien saja		

14	Tujuan utama dokumentasi asuhan keperawatan pada rekam medis	a. Mengidentifikasi status kesehatan pasien dalam rangka mencatat kebutuhan pasien, merencanakan, melaksanakan tindakan keperawatan, dan mengevaluasi tindakan, serta dokumentasi untuk penelitian, keuangan, hukum dan etika		
		b. Untuk kepentingan rumah sakit sehari-hari dalam asuhan keperawatan		
		c. Merupakan dokumen catatan pasien semata		
15	Masa penyimpanan dokumentasi asuhan keperawatan (Permenkes 269 Tahun 2008)	a. Wajib simpan untuk rumah sakit selama 5 tahun, setelah itu dapat dimusnahkan		
		b. Wajib simpan untuk RM rumah sakit selama 5 tahun dan 10 tahun untuk ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medis		
		c. Wajib simpan untuk rumah sakit selama 2 tahun, setelah itu dapat dimusnahkan		

Lampiran 8

Hasil Pengolahan Data SPSS

Frequency Table

JenisKelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-Laki	5	33.3	33.3	33.3
	Perempuan	10	66.7	66.7	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

Pendidikan Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Akademi Keperawatan	13	86.7	86.7	86.7
	Sarjana Keperawatan	2	13.3	13.3	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

Umur Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	22	1	6.7	6.7	6.7
	23	1	6.7	6.7	13.3
	24	3	20.0	20.0	33.3
	26	1	6.7	6.7	40.0
	28	1	6.7	6.7	46.7
	30	3	20.0	20.0	66.7
	32	1	6.7	6.7	73.3
	33	3	20.0	20.0	93.3
	44	1	6.7	6.7	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

Pengetahuan Perawat Tentang Aspek Hukum Yang Berkaitan Dengan Rekam

Medis

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	5	33.3	33.3	33.3
	Baik	10	66.7	66.7	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

Pengetahuan Perawat Tentang Tata Cara Pengisian Dokumentasi Asuhan

Pada Rekam Medis

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	3	20.0	20.0	20.0
	Baik	12	80.0	80.0	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

Tingkat Pengetahuan Perawat Tentang Rekam Medis

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	4	26.7	26.7	26.7
	Baik	11	73.3	73.3	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

Tingkat Kelengkapan Rekam Medis

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	5	33.3	33.3	33.3
	Baik	10	66.7	66.7	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan Perawat Tentang Aspek Hukum Yang Berkaitan Dengan Rekam Medis * Tingkat Kelengkapan Rekam Medis	15	100.0%	0	.0%	15	100.0%
Pengetahuan Perawat Tentang Tata Cara Pengisian Dokumentasi Asuhan Pada Rekam Medis * Tingkat Kelengkapan Rekam Medis	15	100.0%	0	.0%	15	100.0%
Tingkat Pengetahuan Perawat Tentang Rekam Medis * Tingkat Kelengkapan Rekam Medis	15	100.0%	0	.0%	15	100.0%

Pengetahuan Perawat Tentang Aspek Hukum Yang Berkaitan Dengan Rekam Medis * Tingkat Kelengkapan Rekam Medis

Crosstab

			Tingkat Kelengkapan Rekam Medis		Total
			Rendah	Baik	
Pengetahuan Perawat Tentang Aspek Hukum Yang Berkaitan Dengan Rekam Medis	Rendah	Count	4	1	5
		Expected Count	1.7	3.3	5.0
	Baik	Count	1	9	10
		Expected Count	3.3	6.7	10.0
Total	Count		5	10	15
	Expected Count		5.0	10.0	15.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7.350 ^a	1	.007		
Continuity Correction ^b	4.538	1	.033		
Likelihood Ratio	7.590	1	.006		
Fisher's Exact Test				.017	.017
Linear-by-Linear Association	6.860	1	.009		
N of Valid Cases	15				

a. 3 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,67.

b. Computed only for a 2x2 table

Pengetahuan Perawat Tentang Tata Cara Pengisian Dokumentasi Asuhan Pada Rekam Medis * Tingkat Kelengkapan Rekam Medis

Crosstab

			Tingkat Kelengkapan Rekam Medis		Total
			Rendah	Baik	
Pengetahuan Perawat Tentang Tata Cara Pengisian Dokumentasi Asuhan Pada Rekam Medis	Rendah	Count	3	0	3
		Expected Count	1.0	2.0	3.0
	Baik	Count	2	10	12
		Expected Count	4.0	8.0	12.0
Total		Count	5	10	15
		Expected Count	5.0	10.0	15.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7.500 ^a	1	.006		
Continuity Correction ^b	4.219	1	.040		
Likelihood Ratio	8.282	1	.004		
Fisher's Exact Test				.022	.022
Linear-by-Linear Association	7.000	1	.008		
N of Valid Cases	15				

a. 3 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Tingkat Pengetahuan Perawat Tentang Rekam Medis * Tingkat Kelengkapan Rekam Medis

Crosstab

			Tingkat Kelengkapan Rekam Medis		Total
			Rendah	Baik	
Tingkat Pengetahuan Perawat Tentang Rekam Medis	Rendah	Count	4	0	4
		Expected Count	1.3	2.7	4.0
	Baik	Count	1	10	11
		Expected Count	3.7	7.3	11.0
Total		Count	5	10	15
		Expected Count	5.0	10.0	15.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	10.909 ^a	1	.001		
Continuity Correction ^b	7.202	1	.007		
Likelihood Ratio	12.393	1	.000		
Fisher's Exact Test				.004	.004
Linear-by-Linear Association	10.182	1	.001		
N of Valid Cases	15				

a. 3 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,33.

b. Computed only for a 2x2 table

Reliabilitas dan Validitas variabel Tata Cara pengisian Asuhan Keperawatan pada Rekam Medis

***** Method 1 space saver)will be used for this analysis*****

R E L I A B I L I T Y		A N A L Y S I S - S C A L E			(A L P H A)
		Mean	Std Dev		Cases
1.	P1	1.5000	.5085		30.0
2.	P2	1.3000	.4661		30.0
3.	P3	1.2333	.4302		30.0
4.	P4	1.4000	.4983		30.0
5.	P5	1.4000	.4983		30.0
6.	P6	1.5000	.5085		30.0
7.	P7	1.3667	.4901		30.0
8.	P8	1.3667	.4901		30.0
9.	P9	1.2667	.4498		30.0
10.	P10	1.4667	.5074		30.0
11.	P11	1.4000	.4983		30.0
12.	P12	1.4333	.5040		30.0
13.	P13	1.3667	.4901		30.0
14.	P14	1.4667	.5074		30.0
15.	P15	1.2667	.4498		30.0
16.	P16	1.1667	.3790		30.0
17.	P17	1.5000	.5085		30.0
18.	P18	1.4333	.5040		30.0
19.	P19	1.3333	.4795		30.0
20.	P20	1.3000	.4661		30.0
21.	P21	1.1667	.3790		30.0
22.	P22	1.5333	.5074		30.0
23.	P23	1.1667	.3790		30.0
24.	P24	1.1000	.3051		30.0
25.	P25	1.4667	.5074		30.0
26.	P26	1.5333	.5074		30.0
27.	P27	1.2333	.4302		30.0
28.	P28	1.3667	.4901		30.0
29.	P29	1.2667	.4498		30.0
30.	P30	1.5000	.5085		30.0
Statistics for		Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	40.8000	105.0621	10.2500	30	

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Item-total Statistics

	Mean	Scale if Item Deleted	Variance if Item Deleted	Corrected Total Correlation	Alpha if Item Deleted
P1	39.3000	39.3000	96.5621	.8246	.9666
P2	39.5000	39.5000	99.2931	.5977	.9681
P3	39.5667	39.5667	100.1161	.5530	.9683
P4	39.4000	39.4000	97.5586	.7371	.9672
P5	39.4000	39.4000	97.2828	.7662	.9670
P6	39.3000	39.3000	96.4931	.8318	.9666
P7	39.4333	39.4333	98.5989	.6393	.9678
P8	39.4333	39.4333	98.1851	.6833	.9676
P9	39.5333	39.5333	99.2920	.6212	.9679
P10	39.3333	39.3333	96.2299	.8613	.9664
P11	39.4000	39.4000	98.1793	.6719	.9676
P12	39.3667	39.3667	97.5506	.7290	.9673
P13	39.4333	39.4333	97.4954	.7569	.9671
P14	39.3333	39.3333	96.7126	.8108	.9667
P15	39.5333	39.5333	99.0161	.6528	.9677
P16	39.6333	39.6333	101.7575	.4133	.9690
P17	39.3000	39.3000	96.7000	.8102	.9667
P18	39.3667	39.3667	96.6540	.8228	.9666
P19	39.4667	39.4667	97.7057	.7518	.9671
P20	39.5000	39.5000	98.5345	.6820	.9676
P21	39.6333	39.6333	101.6195	.4317	.9689
P22	39.2667	39.2667	96.1333	.8715	.9663
P23	39.6333	39.6333	102.3092	.3403	.9693
P24	39.7000	39.7000	102.4241	.4120	.9689
P25	39.3333	39.3333	96.2299	.8613	.9664
P26	39.2667	39.2667	96.8230	.7993	.9668
P27	39.5667	39.5667	99.4954	.6271	.9679
P28	39.4333	39.4333	97.4954	.7569	.9671
P29	39.5333	39.5333	98.7402	.6846	.9675
P30	39.3000	39.3000	97.2517	.7529	.9671

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0

N of Items = 30

Alpha = .9685

Reliabilitas dan Validitas variabel Aspek Hukum Rekam Medis

***** Method 1 space saver) will be used for this analysis*****

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Item-total Statistics

	Scale Mean	if Item Deleted	Scale Variance	if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
AH1	17.3667		14.8609		.9496	.8938
AH2	17.7667		17.8402		.4333	.9127
AH3	17.6667		17.1954		.4753	.9115
AH4	17.5333		16.1195		.6671	.9054
AH5	17.6667		17.6782		.3173	.9160
AH6	17.7000		17.7345		.3363	.9151
AH7	17.5667		16.8057		.4950	.9114
AH8	17.6667		16.8506		.5910	.9081
AH9	17.6000		16.3862		.6495	.9060
AH10	17.5000		15.8448		.7227	.9033
AH11	17.5000		15.7069		.7622	.9017
AH12	17.6333		17.2057		.4332	.9130
AH13	17.5333		16.0506		.6870	.9046
AH14	17.5333		16.1195		.6671	.9054
AH15	17.4333		15.2195		.8657	.8974

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0

N of Items = 15

Alpha = .9130

Lampiran 9

Identitas Peneliti

Nama : Ryco Giftyan Ardika
 NIM : G2A008170
 Tempat/tanggal lahir : Pekalongan, 12 Maret 1991
 Jenis kelamin : Laki-laki
 E-mail : giftyan_ardika@yahoo.com

Riwayat Pendidikan Formal

1. SD : SD Negeri 03 Sragi, Pekalongan Lulus tahun: 2002
2. SMP : SMP Negeri 02 Pekalongan Lulus tahun: 2005
3. SMA : SMA Negeri 01 Pekalongan Lulus tahun: 2008
4. FK UNDIP : Masuk tahun: 2008